

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ (СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)»

(затверджено згідно з Наказом № 231/2025 від 29.10.2025, редакція діє з 24.11.2025)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування (страхування здоров'я)» (далі – Умови) розроблені ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» (далі – Страховик).

Умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» ризиків в межах класу страхування на випадок хвороби, медичне страхування згідно з Законом України «Про страхування» № 1909-ІХ від 18.11.2021 та з врахуванням нормативно-правових актів Національного банку України та внутрішніх документів Страховика.

Страховий продукт «Медичне страхування (страхування здоров'я)» є страховим продуктом із нестандартними умовами, які є змінними та не однаковими для визначеного кола Страхувальників (клієнтів).

Обсяг страхового покриття, уключаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, об'єкт, що підлягає страхуванню, визначаються в Договорі страхування в разі його укладення відповідно до цих Умов.

1.2. За Договором страхування, укладеним відповідно до цих Умов, Страховик за встановлений Договором страхування страховий платіж, зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування, в межах страхової суми або її частини шляхом оплати вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, які мають відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та закладами, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги. Медична допомога надається в обсязі та відповідно до Програми медичного страхування, обраної Страхувальником, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, ускладненням захворювання, розладом здоров'я, спричиненим нещасним випадком, а також у випадках, передбачених Договором страхування. До обсягу страхового покриття можуть включатися профілактичні та реабілітаційні заходи, якщо це передбачено умовами Програми медичного страхування.

1.3. За цими Умовами та за нормами чинного законодавства України Страхувальником може бути юридична, дієздатна фізична особа, фізична особа-підприємець.

1.4. В цих Умовах визначаються загальні положення та порядок здійснення медичного страхування, конкретні умови страхування визначаються Договором медичного страхування (страхування здоров'я) (далі за текстом – Договір страхування). Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

2.1. Терміни, які використовуються по тексту цих Умов та в Договорах страхування, укладених відповідно до цих Умов, вживаються у наступному значенні:

2.1.1. Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам на умовах, передбачених Договором.

2.1.2. Альтернативна консультація - це консультація, яка призначена з метою отримання Застрахованою особою «другої думки» відповідного фахівця.

2.1.3. Базовий заклад охорони здоров'я – це заклад охорони здоров'я та/або заклад, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги, вказаний в Переліку закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, в якому є можливість отримати необхідний обсяг

медичної допомоги, в тому числі без залучення інших медичних установ, в межах умов страхування згідно критеріїв закладу охорони здоров'я (консультація лікаря терапевта/педіатра/сімейного лікаря на дому; консультація лікаря терапевта/ педіатра/ сімейного лікаря в лікарні; консультація лікарів суміжних спеціальностей не нижче II категорії; наявність лабораторії; можливості відкриття лікарняних листків; досвід відсутності обґрунтованих скарг на роботу базового закладу охорони здоров'я у клієнтів; доступність та клієнтоорієнтованість).

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

2.1.5. Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та причини виникнення якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, що існував до моменту початку захворювання.

2.1.6. Гіпердіагностика - це надмірна кількість діагностик, які не відповідають діючим протоколам ведення хвороби.

2.1.7. Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату закладу охорони здоров'я та /або закладу, що надає профілактичні та /або оздоровчі послуги, Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

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

2.1.9. Документ – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні)).

2.1.10. Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія) - візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчено електронним цифровим підписом (кваліфікованим електронним підписом).

2.1.11. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2.1.12. 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 кваліфікованої медичної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану та може виступати у формі гострого захворювання, загострення захворювання або ускладнення захворювання.

2.1.13. Загострення 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 кваліфікованої медичної допомоги.

2.1.14. Заклад охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) – юридична особа будь-якої форми власності або її відокремлений підрозділ, що провадить господарську діяльність з медичної практики на підставі відповідної ліцензії, а також фізична особа-підприємець, яка має чинну ліцензію на провадження медичної практики, а також інші заклади, установи чи організації, що надають профілактичні, оздоровчі або реабілітаційні послуги та з якими Страховик або його представник уклали договори про надання Застрахованим особам медичних (профілактичних) послуг в обсязі згідно з Програмами страхування та знаходяться за посиланням: <https://kniazha.ua/about/perelik-zakladiv-okhorony-zdorovia>.

2.1.15. Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку та на виплату страхового відшкодування – інформація, що надається Страхувальником (його представником) у формі

телефонного звернення до контакт-центру Страховика, заяви через офіційний сайт Страховика в мережі Internet та/або письмового документа встановленої Страховиком форми, що заповнюється Страхувальником (особою яка має на це право відповідно до умов Договору страхування), яка містить основні відомості про подію, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів.

2.1.16. Картка Застрахованої особи – пластикова/електронна картка, видана Страховиком Застрахованим особам за Договором страхування, призначена для ідентифікації / авторизації Застрахованої особи при зверненні в заклади охорони здоров'я та/або заклади, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги. Картка Застрахованої особи засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг згідно з обраною Програмою страхування та відповідно до умов Договору страхування.

2.1.17. Копія документу - це точне відтворення документа з оригіналу на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.

2.1.18. Компетентні органи – офіційні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій, розслідування причин їх виникнення, винесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до страхового випадку (наприклад, Національна поліція України, Державна служба України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), Український гідрометеорологічний центр, заклади охорони здоров'я, які належать до системи Національної служби здоров'я України та регулюється МОЗ, а також інші органи, повноваження яких встановлені чинним законодавством України.).

2.1.19. Лікар – особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (диплом про вищу медичну освіту, сертифікат спеціаліста, ліцензію тощо).

2.1.20. Лікарські засоби – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

2.1.21. Медичний виріб - це вироби, матеріали, засоби або речовини, що використовуються закладами охорони здоров'я або медичними працівниками для надання медичної допомоги, проведення профілактичних чи гігієнічних заходів, включно з медичними виробами, перев'язочними матеріалами, засобами індивідуального захисту, антисептичними і дезінфікуючими засобами, витратними матеріалами для діагностики, лікування та догляду за пацієнтами.

2.1.22. 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 їй певного виду медичної або іншої допомоги.

2.1.23. Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

2.1.24. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до закладу охорони здоров'я та/або закладів що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, де може надаватися кваліфікована медична допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.

2.1.25. Медичне транспортування – перевезення Застрахованої особи та супроводжуючої її особи до чи із закладу охорони здоров'я та/або закладу, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги., якщо цього вимагає медичний стан Застрахованої особи.

2.1.26. МКХ-10 - Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду, відповідно Національного класифікатора гармонізовано з Міжнародним статистичним класифікатором хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду, Австралійська модифікація (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification, ICD-10-AM), 1 липня 2017 року. НК 025:2021, який розміщений на сайті Державного Експертного Центру МОЗ України за посиланням:

<https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/11/naczionalnyj-klasyfikator-nk-025.pdf>

2.1.27. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю та працездатності Застрахованої особи.

2.1.28. Опція програми страхування – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.

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

2.1.30. Представник Страховика – особа, яка перебуває із Страховиком у договірних або трудових відносинах і якій Страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав. Представником Страховика може бути заклад охорони здоров'я та/або заклади, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, асистуюча компанія, лікар тощо.

2.1.31. Програма медичного страхування – це визначений Договором страхування комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку (далі – Програма страхування).

2.1.32. Поліпрагмазія - це одночасне, необґрунтоване призначення або використання значної кількості лікарських засобів, та/або двох та більше лікарських засобів, які мають однакову дію, окрім такого призначення в невідкладному стаціонарі (коли один лікарський засіб місцевого застосування, а інший загальної дії), що підвищує ризик побічних ефектів, лікарських взаємодій та ускладнює лікування основного захворювання.

2.1.33. Провідні фахівці – провідні спеціалісти, лікарі-експерти, запрошені спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік та спеціалісти закладу охорони здоров'я та/або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг лікарів-спеціалістів у прейскуранті даного закладу охорони здоров'я та/або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги.

2.1.34. Симптоматичне лікування – це метод лікування, спрямований на полегшення або усунення симптомів хвороби, але не на усунення її причини.

2.1.35. Сторони – Страховик та Страхувальник.

2.1.36. Страховик – фінансова установа або філія Страховика-нерезидента, які мають право здійснювати діяльність із страхування на території України. Страховиком за Договорами страхування, укладеними згідно з цими Умовами є ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП».

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

2.1.38. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування, пов'язаних з відшкодуванням Страхувальником (особою, відповідальність якої застрахована) заподіяної ним (нею) шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі. Договір може бути укладено відповідно до законодавства України за умови наявності в потенційного Страхувальника (особи, відповідальність якої застрахована), страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

2.1.39. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства.

2.1.40. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування або закону. Страхове покриття за конкретним Договором страхування включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту.

2.1.41. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

2.1.42. Страхова послуга – вид фінансової послуги, що надається Страховиком для забезпечення потреби потенційного Страхувальника у страховому захисті на підставі Договору страхування.

2.1.43. Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

2.1.44. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату у разі настання страхового випадку.

- 2.1.45. Страховий продукт** - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.
- 2.1.46. Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 2.1.47. Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.
- 2.1.48. Стихійне лихо** - це катастрофічне природне явище екстремального характеру, що призводить до раптового порушення нормальної діяльності людей, руйнування матеріальних цінностей і можливих жертв.
- 2.1.49. Таємниця страхування** – сукупність інформації про клієнта (Страхувальника) та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику або страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту (Страхувальнику).
- 2.1.50. Техногенна катастрофа** – це надзвичайна подія пов'язана з діяльністю людини та які супроводжуються тяжкими наслідками, спричинена руйнуванням або виходом з ладу технічних засобів чи порушенням технологічних процесів, що призводить до значної шкоди довкіллю, майну, інфраструктурі та здоров'ю людей.
- 2.1.51. Телемедицина** – комплекс організаційних, фінансових і технологічних заходів, що забезпечують надання дистанційної консультаційної медичної послуги, при якій Застрахована особа отримує дистанційну консультацію лікаря з використанням телекомунікацій.
- 2.1.52. Ускладнення захворювання** – новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.
- 2.1.53. Фаза ремісії** – період хронічного захворювання Застрахованої особи, який наступив самостійно або внаслідок надання медичної допомоги, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи та відсутня безпосередня загроза для працездатності та життя Застрахованої особи.
- 2.1.54. Франшиза** - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від страхової суми та використовуватись як до загальної страхової суми, так і до страхової суми по кожному окремому предмету Договору страхування, залежно від умов Договору страхування.
- 2.1.55. Хронічне захворювання** – захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто безсимптомно та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.
- 2.1.56. Член родини Застрахованої особи** - особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою (подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки) віком не старших 60 років якщо інше не погоджено Програмою страхування.
- 2.2.** Терміни (визначення), не обумовлені цими Умовами, вживаються у визначенні відповідно до законодавства України. Якщо значення будь-якого терміну (визначення) не обумовлено цими Умовами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, такий термін (визначення) використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

- 3.1.** Об'єктом страхування за Договором страхування, укладеним відповідно до Умов, є здоров'я та працездатність фізичних осіб.
- 3.2.** Страховим ризиком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, або розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або у інших випадках передбачених Програмою страхування.
- 3.3.** Страховим випадком є мотивоване звернення Застрахованої особи в період та у місці дії Договору до закладу охорони здоров'я, за медичною допомогою з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та/або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги та/або у інших випадках передбачених Програмою страхування. Обсяг, види та умови надання медичної допомоги визначаються Програмою медичного страхування.

- 3.4.** Страхове покриття включає сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування, об'єкт страхування, строк дії, грошовий еквівалент страхового захисту, а також територію дії страхового захисту, які вказуються за погодженням Сторін в Договорі страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.
- 3.5.** Конкретний перелік страхових випадків та страхових ризиків за кожним окремим Договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається в такому Договорі страхування.
- 3.6.** Для конкретної Застрахованої особи Договором передбачається Програма страхування, що містить перелік ризиків та обсяг видів медичної допомоги і послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором страхування, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, категорії закладів охорони здоров'я, у яких надаються медичні послуги Застрахованій особі та/або закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, інші обмеження).
- 3.7.** Умови страхового покриття за конкретним Договором страхування визначаються за згодою Сторін в такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договору страхування, якщо інше не передбачено Програмою страхування.
- 3.8.** Страхова сума встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін при укладанні Договору страхування. Страхова сума встановлюється за кожною особою та за Договором страхування в цілому.
- 3.9.** У Договорі страхування в межах страхової суми визначаються ліміти/субліміти (в тому числі грошові ліміти та негрошові ліміти, визначені кількістю послуг, які передбачені умовами опцій Програми страхування) відповідальності Страховика за окремими ризиками.
- 3.10.** Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.
- 3.11.** У Договорі страхування визначається територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження, щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється. Страхове покриття за цими Умовами визначається в Договорі страхування з урахуванням наступного:
- 3.11.1.** Україна, окрім: тимчасово окупованих територій; територій, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; територій населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення (розмежування) та територій, на яких ведуться бойові дії (перелік таких територій визначається на дату подій, що має ознаки страхового випадку, відповідно до законодавства); територій, на яких на дату настання події, що має ознаки страхового випадку, проводилась антитерористична операція або операція об'єднаних сил; територій проведення оголошеної або не оголошеної війни.
- 3.11.2.** Дія Договору страхування може поширюватись на територію України та/або на територію інших країн (весь світ). При цьому виключення окремих територій зі страхового покриття передбачається Договором страхування.
- 3.12.** Медичне страхування (страхування здоров'я), 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.
- 3.13.** Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька підстав звернення Застрахованої особи за медичною допомогою, уключаючи отримання лікувальних, профілактичних або реабілітаційних послуг, а також суміжних послуг, таких як: медичне транспортування (перевезення) Застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані з пошуком, придбанням, доставкою лікарських засобів та/або медичних виробів, необхідних для забезпечення надання медичної допомоги Застрахованій особі.
- 3.14.** Перелік можливих страхових випадків:
- 3.14.1.** Гостре захворювання.

- 3.14.2.** Хронічне захворювання у стадії загострення.
- 3.14.3.** Хронічне захворювання поза стадією загострення.
- 3.14.4.** Травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку.
- 3.14.5.** Інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне).
- 3.14.6.** Необхідність у наданні медичних послуг планового, профілактичного або лікувального характеру, а також у придбанні товарів медичного призначення.
- 3.15.** Програма страхування може бути розроблена залежно від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.
- 3.16.** Страхування за цими Умовами може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:
- 3.16.1.** Організацію послуг.
- 3.16.2.** Консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних лікарських засобів та інше).
- 3.16.3.** Оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та медичних виробів, згідно Програми страхування.
- 3.16.4.** Оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.
- 3.16.5.** Відшкодування вартості страхового випадку для Застрахованих осіб, які мають діючу програму медичного страхування на території України та перебувають за кордоном не на постійній основі, в межах телемедичної допомоги (консультації).
- 3.17.** Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і закладу охорони здоров'я та/або закладам, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги на підставі Заяви Застрахованої особи.
- 3.18. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування при «загальних» та «спеціальних» соматичних захворюваннях:**
- 3.18.1.** Послуги бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- 3.18.2.** Невідкладна стаціонарна допомога.
- 3.18.3.** Планова стаціонарна допомога.
- 3.18.4.** Консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 3.18.5.** Інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 3.18.6.** Амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати).
- 3.18.7.** Денний стаціонар та маніпуляції.
- 3.18.8.** Фізіопроцедури.
- 3.18.9.** Лікувальний масаж.
- 3.18.10.** Лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 3.18.11.** Оформлення медичної документації.
- 3.18.12.** Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 3.18.13.** Стоматологічні послуги.
- 3.18.14.** Діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом.
- 3.18.15.** Діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань.
- 3.18.16.** Діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань.
- 3.18.17.** Діагностика та лікування ускладнень вагітності.
- 3.18.18.** Діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування та в житті.
- 3.18.19.** Діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування.
- 3.18.20.** Діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору страхування та в житті.
- 3.18.21.** Діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору страхування.

- 3.18.22.** Діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору страхування та в житті.
- 3.18.23.** Діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору страхування.
- 3.18.24.** Діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору страхування та в житті.
- 3.18.25.** Діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору страхування.
- 3.18.26.** Діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору страхування та в житті.
- 3.18.27.** Діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору страхування.
- 3.18.28.** Діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, по запиту Страхувальника.
- 3.18.29.** Визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.
- 3.18.30. Планові, профілактичні та колективні медичні послуги:**
- 3.18.30.1.** Профілактика грипу.
- 3.18.30.2.** Вітамінізація.
- 3.18.30.3.** Профілактично-оздоровчі послуги.
- 3.18.30.4.** Профілактично-оздоровчий масаж.
- 3.18.30.5.** Плановий патронаж вагітної жінки.
- 3.18.30.6.** Медична допомога при пологах.
- 3.18.30.7.** Патронаж дитини до 1 року.
- 3.18.30.8.** Планова вакцинація дитини.
- 3.18.30.9.** Профілактичний огляд за наказом МОЗ.
- 3.18.30.10.** Профілактичний огляд.
- 3.18.30.11.** Офтальмологія профілактична.
- 3.18.30.12.** Офісна аптечка.
- 3.18.30.13.** Офісний лікар.
- 3.18.30.14.** Корпоративний ліміт на виключення.
- 3.18.30.15.** Спеціальні опції.
- 3.18.30.16.** Інші опції, передбачені Договором страхування, в т.ч. бонусні опції Страховика.
- 3.18.31.** Страховик має право комбінувати різні опції в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування - впроваджувати нові опції.
- 3.18.32.** Детальний опис опцій страхування наводиться у Програмі страхування, яка є Додатком до Договору страхування.

4. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування/Програмою страхування, страховим випадком не визнаються та не підлягають будь-який діагностиці та/або лікуванню за Договором страхування звернення з приводу зазначених у цьому пункті захворювань/травм/станів/ синдромів та їх ускладнень:

4.1. Захворювання/травми/стани/синдроми та їх ускладнення:

- 4.1.1.** Спричинені вживанням алкоголю, наркотичних речовин, токсичних речовин, спробою самогубства (крім випадків коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб), некваліфікованого самолікування, цілителства, використання нетрадиційних методів лікування (гіпноз, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, тощо), нанесенням собі тілесних ушкоджень (чи інших дій, спрямованих на настання страхового випадку).
- 4.1.2.** Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.
- 4.1.3.** Будь-яке захворювання чи травма, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань.

- 4.1.4.** Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>.
- 4.1.5.** Коли Застрахованій особі/Страховальнику було відомо до укладання Договору страхування про стан здоров'я, який потребує надання невідкладної медичної допомоги чи іншої медичної допомоги, інформацію про який вона або її законний представник не надали в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування.
- 4.1.6.** Неправильного лікування Застрахованою особою, у тому числі самостійне застосування лікарських засобів без призначення лікаря або з порушенням рекомендованої дози).
- 4.1.7.** Лікування закладом(и) охорони здоров'я та/або закладами, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, розпочате до початку дії Договору страхування, яке спричинило наслідки, які підпадають під страховий випадок і розпочалися під час дії Договору страхування.
- 4.1.8.** Що виникли внаслідок занять професійним спортом, занять екстремальними видами спорту та розваг (боксом, бодібілдингом, бігом, карате, футболом, альпінізмом, спелеотуризмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, будь-якими перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою з будь-якого виду зброї, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розвагами, видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин) та іншими діями, які невластиві, щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи. В межах цього Договору страхування термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах. В межах цього Договору страхування термін «Аматорський спорт» означає діяльність фізичних осіб, що здійснюється у сфері фізичної культури та спорту на добровільних засадах без отримання основного доходу від спортивної діяльності, з метою фізичного розвитку, зміцнення здоров'я, активного відпочинку, здобуття та вдосконалення спортивних навичок, а також участі в змаганнях, організованих спортивними клубами, громадськими об'єднаннями чи іншими організаціями. До виключення не відносяться випадки:
- керування мото- та вело- транспортним засобом, які є засобами для пересування Застрахованої особи в повсякденному житті;
 - відвідування тренажерного залу (кардіотренування, вправи з власною вагою та з додатковим спорядженням такими як гиря, штанга), та оздоровчого фітнесу (стретчинг, йога, пілатес тощо), які є повсякденними звичками Застрахованої особи для підтримання здоров'я та не потребують участі в змаганнях, заходах, чемпіонатах чи кубках.
- 4.1.9.** Що прямо чи опосередковано пов'язані з: ворожими актами, будь-якими військовими заходами чи спробами їх придушення та/або їх наслідками; дією зброї будь-якого типу; заколотом, військовим або народним повстанням, революцією, блокадою, захопленням (узурпацією) влади, введенням воєнного або надзвичайного стану; з активною/пасивною участю Застрахованої особи у терористичних актах, мітингах, демонстраціях, військових діях при оголошеній чи неоголошеній війні.
- 4.1.10.** Захворювання, у тому числі травми, набуті під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, стрільками ВОХОР, а також під час проходження військової служби.
- 4.1.11.** Що виникли внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф (землетруси, повені, урагани, смерчі, зсуви, лавини, посухи, лісові пожежі, град, спека, смог, пилова буря тощо.)
- 4.1.12.** Особливо небезпечні інфекції згідно з чинними Наказами МОЗ України.
- 4.1.13.** Що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору страхування та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору страхування.
- 4.1.14.** Що не є результатом гострих захворювань, загострень хронічних захворювань, травм та/або не передбачені Програмою страхування (інсулінорезистентні стани тощо).

4.2. Наступні групи захворювань та станів, які не підлягають будь-якій діагностиці чи лікуванню, навіть у випадку виставлення діагнозу під знаком питання:

	Назва	Код за МКХ - 10
--	-------	-----------------

4.2.1.	Радіаційні ураження (променева хвороба) та інші захворювання і наслідки дії радіації та іонізуючого випромінювання, радіоактивного забруднення.	
4.2.2.	Папіломовірусна інфекція	B97.7
4.2.3.	Гарднерельоз	B96
4.2.4.	Урогенітальний шигельоз	A03 – A03.9
4.2.5.	Різні імунodefіцити	D80-D89
4.2.6.	ВІЛ інфекції та СНІД	B20-B24
4.2.7.	TORCH-інфекції	P35 - 39, P37.1
4.2.8.	Герпес-вірусні інфекції (всіх типів, в т.ч. Епштейн-Бар) за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (інфекційний мононуклеоз, краснуха, вітряна віспа).	B00-B09
4.2.9.	Цитомегаловірусна інфекція	B25, B27.1, P35.1
4.2.10.	Вірусносійство, бактеріоносійство	
4.2.11.	Алергічні захворювання, в тому числі алергічний риніт, поліноз, крім невідкладних станів.	J30-J30.4
4.2.12.	Мікози	B35-B49
4.2.13.	Екзема	L20.8, L23.9, L24.9, L25.9, L30.3, L30.9
4.2.14.	Атопічний дерматит (нейродерміт)	L20
4.2.15.	Себорея будь-якого типу, в т.ч. себорейний дерматит	L21
4.2.16.	Вугрі (акне)	L70, L73.0
4.2.17.	Розацеа	L71
4.2.18.	Папулосквамозні порушення (псоріаз, парапсоріаз, пітіриаз, червоний плаский лишай та ін.)	L40- L45
4.2.19.	Мозолі	L84
4.2.20.	Простий хронічний лишай та свербіць	L28
4.2.21.	Контагіозний молюск	B08.1
4.2.22.	Гіпергідроз	R61
4.2.23.	Дисгідроз	L30.1
4.2.24.	Алопеція	L63-L66
4.2.25.	Онїходистрофія	L60, крім L60.0, L62
4.2.26.	Кератодермії (в т.ч. гіперкератоз)	L82-L87
4.2.27.	Порушення пігментації шкіри	L80-L81
4.2.28.	Короста	B86
4.2.29.	Педикульоз	B85
4.2.30.	Демодекоз	B88.0
4.2.31.	Врослий ніготь	L60.0
4.2.32.	Паразитарні захворювання (в тому числі паразитарні захворювання шкіри), глистяні інвазії у осіб віком старше 16 років, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз тощо) та інших органів.	B65-B89, A06, A07.1.
4.2.33.	Укуси, ужалення неотруйними комахами та іншими неотруйними членистоногими тощо; інсектна алергія, окрім невідкладних станів.	(W57)
4.2.34.	Інфекційні хвороби, спричинені спіротехами (Хвороба Лайма).	A65-A69
4.2.35.	Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т. ч. отримані під час пологів (дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість, тощо), спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення.	Q00-Q99, G80
4.2.36.	Психічні розлади та розлади поведінки, сексуальні дисфункції.	F00-F99, N48.4
4.2.37.	Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз.	G35-G37

4.2.38.	Порушення мови	R47-R48
4.2.39.	Порушення сну	G47, F51
4.2.40.	Епілепсія	G40-G41
4.2.41.	Захворювання печінки будь-якої етіології (крім вірусного гепатиту А та токсичного гепатиту внаслідок нещасного випадку).	
4.2.42.	Контрацепція, безпліддя, планування сім'ї, відновлення та збереження функції дітонародження включно зі штучним (екстракорпоральним) заплідненням та його ускладненнями.	Z30, Z31, N46, N97, N98
4.2.43.	Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.).	N91-N95
4.2.44.	Трансгендерний перехід (зміна статі).	
4.2.45.	Системні захворювання сполучної тканини (ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак та інші).	M30-M36
4.2.46.	Аутоімунні захворювання; аутоімунний тиреоїдит; хронічні артропатії та спондилопатії.	M30-M36, D59.0-D59.1
4.2.47.	Професійні захворювання, спричинені шкідливими виробничими факторами.	
4.2.48.	Захворювання, які є причиною встановлення інвалідності, їх наслідки та ускладнення.	
4.2.49.	Гіпертрофія аденоїдів	J35.2
4.2.50.	Синдром хронічної втоми	G93.3, F48.0, R53, Z73.0
4.2.51.	Хвороба Крона	K50
4.2.52.	Саркоїдоз	D86
4.2.53.	Розлади харчування та порушення обміну речовин	E15-E16, E40-90
4.2.54.	Хвороби ока та придаткового апарату: короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), астигматизм, катаракта, астенопія, косоокість, глаукома, захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.), кератоконус.	H52.1, H52.0, H52.2, H25-H26, H28, H53.1, H49-H51, H40-H42, H30-H36, H18.6.
4.2.55.	Сколіоз, кіфоз та лордоз	M41, M40, M96
4.2.56.	Розлади харчування та порушення обміну речовин	E15-E16, E40-90
4.2.55.	Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска.	M23.1-M 23.3

Страховик відшкодовує вартість первинної консультації лікаря дерматолога, щодо захворювань, зазначених у пунктах 4.2.12 - 4.2.30 цього Переліку.

4.3. Якщо інше (в т.ч. діагноз) чітко не передбачено умовами Договору страхування / Програмою страхування, страховим випадком не визнаються та не підлягають подальшій уточнюючій діагностиці (для визначення стадії, ступеня важкості, перебігу процесу) і лікуванню за Договором страхування звернення з приводу наступних станів та їх ускладнень, окрім оплати екстреної (швидкої) медичної допомоги:

	Назва	Код за МКХ - 10
4.3.1.	Соматоформні розлади, в тому числі вегето-судинна дистонія (ВСД), нейроциркуляторна дистонія (НЦД), крім надання першої екстреної допомоги при судинних кризах протягом перших 3-х днів та одного діагностичного обстеження.	F45, F43, R45, G90.8, G90.9
4.3.2.	Захворювання, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо); ендокринні патології, комплексне лікування захворювань та станів, що потребують коригуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та	E10-E14, A15-A19, J45

	ін.), замісної гормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів); розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз).	
4.3.3.	Злоякісні новоутворення, новоутворення невизначеного або невідомого характеру.	C00-C97, D00-D09 D37-D48
4.3.4.	Доброякісні новоутворення.	D10-D36, D17.0-D17.3
4.3.5.	Захворювання крові та кровотворних органів, крім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою середнього і важкого ступеню.	D51-D77
4.3.6.	Варикозне розширення вен будь-якої локалізації, крім невідкладних станів.	I83,I85-I86
4.3.7.	Геморой, періанальний венозний тромбоз, крім невідкладних станів, а також крім зняття гострого болю та забезпечення кровоспинними препаратами при гострих станах.	I84, K64
4.3.8.	Хронічна венозна недостатність.	I87.2
4.3.9.	Облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера).	I70, I73.1
4.3.10.	Хвороба Рейно	I73.0
4.3.11.	Синдром «сухого ока»	H04.1
4.3.12.	Халязіон	H00.1
4.3.13.	Комп'ютерний синдром	H58.8
4.3.14.	Незапальні хвороби жіночих статевих органів (дисплазія, ерозія та інше).	N80- N98
4.3.15.	Доброякісні дисплазії молочної залози (в т.ч. дифузна кістозна мастопатія та інші)	N60
4.3.16.	Мастодинія	N64.4
4.3.17.	Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології та якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудники якої перелічені в пп.1.2.4. та 2.5.7.	N34, N41, N48.1
4.3.18.	Хронічна ниркова недостатність	N18
4.3.19.	Атеросклероз	I70, I67.2
4.3.20.	Кардіосклероз	I25.1
4.3.21.	Енцефалопатії будь-якого генезу	I67.3, I67.4, G31.2, G92, G93.4
4.3.22.	Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлія.	G10-G13, G20-G26, G30-G32, G70-G71, G95
4.3.23.	Остеоартроз, артроз, остеоартрит.	M15-M19
4.3.24.	Остеопороз	M80-M83
4.3.25.	Анкілозуючий спонділоартрит	M45
4.3.26.	Плантарний (підшовний) фасциїт (п'яткова шпора).	M72.2
4.3.27.	Плоскостопість, вальгусні, варусні та інші, в т.ч. набуті деформації кінцівок.	M21
4.3.28.	Остеохондроз, дорсалгії, дорсопатії, міжхребцеві кили (окрім защемлених, та за погодженням із Страховиком щодо закладів охорони здоров'я та об'єму лікування), протрузії дисків.	M42-M43, M91-M94, M50-M54
4.3.29.	Функціональні порушення, в тому числі синдром подразненого кишечника, дисбіоз, дисбактеріоз будь-якої локалізації, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закрепи, дискінезія жовчовивідних шляхів.	K58, K63.8, R19.8
4.3.30.	Виразковий коліт	K51
4.3.31.	Кардіоміопатії	I42-I43
4.3.32.	Ревматизм	I00-I02
4.3.33.	Бронхіальна астма	J45
4.3.34.	Подагра	M10

4.3.35.	Мігрень	G43
4.3.36.	Синдром хребцевої артерії	M47.00
4.3.37.	Сечокам'яна хвороба, крім екстреного стаціонарного лікування.	N20-N23
4.3.38.	Дегенеративно-дистрофічні зміни усіх органів та систем.	
4.3.39.	Захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції.	
4.3.40.	Захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції, в т.ч. уrogenітальні: хламідіоз, трихомоноз, уреаплазмоз, аногенітальна герпетична інфекція.	A50-A64
4.3.41.	Інфекція <i>Helicobacter pylori</i> (<i>H. pylori</i>) пов'язана з: - <i>H. pylori</i> -асоційованим хронічним гастритом (активний хронічний гастрит); - виразкою дванадцятипалої кишки; - ЛТСО-лімфомою (лімфоїдна тканина слизових оболонок); - виразкою шлунка.	B96.81

4.4. Якщо інше чітко не передбачено умовами Договору страхування / Програмою страхування, Страховик не організовує та не здійснює оплату наступних лікарських засобів, медичних виробів, послуг та інших витрат:

4.4.1. Медичні послуги, лікарські засоби, послуги та медичні вироби, які не є необхідними для лікування та діагностики захворювань та пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою.

4.4.2. Медичні послуги, лікарські засоби, послуги та медичні вироби, передбачені програмою страхування, але не призначені лікарем та лікарські засоби, які придбані поза аптечною мережею України.

4.4.3. Консультації, діагностика, лікарські засоби, лікувальні маніпуляції для довготривалого лікування (більше, ніж 30 календарних днів) на кожен страховий випадок, окрім випадків невідкладного стаціонару.

4.4.4. Біологічно активні добавки, дієтичні (харчові) добавки, косметичні засоби та інші товари, що не є лікарськими засобами або медичними виробами відповідно до законодавства України; гігієнічні та господарсько-санітарні матеріали побутового призначення (вологі та сухі серветки, підгузки, пелюшки одноразові, мило, креми, шампуні, гелі для душу, одноразові рушники, туалетний папір, пакети для сміття тощо); засоби для догляду за хворими (судна, сечоприймачі, клейонки, захисні на матрацники, підкладні круги, тримачі кінцівок, милиці, ходунки, візки тощо); будь-які засоби, які не внесені до Державного реєстру лікарських засобів або не мають декларації відповідності Технічному регламенту, щодо медичних виробів (Постанова КМУ № 753 від 02.10.2013 р. зі змінами).

4.4.5. Профілактичні щеплення, вакцинація, окрім однієї дози антирабійної або протиправцевої вакцини, за медичними показаннями та призначенням лікаря. Тобто тільки перша вакцинація на базі державного/відомчого або ургентного приватного закладу охорони здоров'я (за погодженням із Страховиком). Подальший курс вакцинації, за потреби та погодженні із Страховиком, згідно Протоколів МОЗ, на базі державних/відомчих закладів охорони здоров'я. Страхове покриття не поширюється на профілактичні щеплення, які проводяться з порушенням термінів, передбачених чинним календарем затвердженим МОЗ України, окрім випадків надання медичного висновку з обґрунтуванням зміни термінів проведення щеплення.

4.4.6. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору страхування.

4.4.7. Сироватки, антитіла, антигени, окрім випадків, що загрожують життю Застрахованої особи.

4.4.8. Витрати на лікарські засоби наступних груп:

	Назва	Код за АТХ (АТС)- класифікацією 1
4.4.8.1.	Гомеопатичні, в т.ч. антигомотоксичні засоби. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.	-
4.4.8.2.	Гормональні засоби, крім глюкокортикоїдних гормонів; препарати аналоги гонадотропін-релізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо), гормональні спіралі типу «Мірена».	H01, H05 (крім H02A B, D07), L02A E03.
4.4.8.3.	Простагландини, окрім випадків переривання вагітності за медичними показаннями та при загрозі життю Застрахованої особи.	C01EA

4.4.8.4.	Ферменти, в т.ч. числі загальної (системної) дії, крім ферментів, що покращують травлення.	B06AA, B01AD, D03B, C04AF, M09AB (крім A09A)
4.4.8.5.	Ензими загальної дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, серрата тощо).	M09AB
4.4.8.6.	Стрептокіназа, стрептодорназа та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 (шести) діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 (чотирнадцяти) діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 (двадцяти чотирьох) години з моменту встановлення діагнозу).	B01AD01, B06A A55
4.4.8.7.	Пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги.	A07FA, J01XX16
4.4.8.8.	Протигрибкові препарати.	D01, J02A
4.4.8.9.	Засоби, що містять хондроїтин сульфат, глюкозамін та інші аналогічні засоби.	M01AX25, M01AX55, M09
4.4.8.10.	Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток (в т.ч. біофосфонати).	M05B
4.4.8.11.	Гепатопротектори (гепатотропні препарати); кардіопротектори; ангіопротектори; препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів (в тому числі препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо).	A05, C01EX, C05C X03, C05B, A05AA02; G04B X.
4.4.8.12.	Антитромботичні засоби (антикоагулянти), окрім застосування при стаціонарному лікуванні.	B01
4.4.8.13.	Гіполіпідемічні засоби (в т.ч. статини), окрім випадків гострого інфаркту міокарда.	C10
4.4.8.14.	Препарати, які коригують процеси імунітету (імуномодулятори, і мунокоректори, імунодерпресанти, імуносупресори), препарати д ля терапевтичної вакцинації/імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхомунал, рибомуніл, ІРС19).	L03, L04, R07AX
4.4.8.15.	Вітаміни та мінеральні комплекси (в т.ч. їх комбінації), мінеральні речовини (мікро- та макроелементи), біогенні стимулятори (біостимулятори), крім випадків наявності ліміту та визначеної кількості вітамінів в програмі страхування.	A11 (крім A11D, A11E C, A11EX)
4.4.8.16.	Лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та слізну рідини, тощо); тканинні препарати (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо: солкосерил, актовегін, церебролізін, церегін, цереброкурін та ін.). Засоби що застосовуються при деменції.	L03, D11AX, B06AB, N06BX, A16AX19, B05X B1
4.4.8.17.	Антинеопластичні засоби. Препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла.	L01D, B01, L04A B, L01X
4.4.8.18.	Психотропні (в т.ч. снодійні, седативні, психостимулюючі, транквілізатори, ансіолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо).	N05, N06
4.4.8.19.	Кровозамінники та препарати крові.	B05, B06

4.4.9. Медичні вироби, в тому числі: медичні пристрої, що замінюють або коригують функції уражених органів, зареєстровані як медичні вироби відповідно до Постанови КМУ № 753/2013 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів» (трансплантати, протези, ортези, імплантати, ендопротези, стенти, електроди, ріжучі петлі, лінзи, пролінові сітки тощо); медичні пристрої для діагностики та лікування, зареєстровані як медичні вироби (еластичні бинти, комір Шанца, інгалятори, лампи, пристрої вимірювання, набори для анестезії, артроскопічні та лапароскопічні набори, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу); медичні вироби для догляду за хворими (милиці, ходунки,

коляски, медичні халати, маски, бахіли); ремонт, прокат та інші вироби багаторазового застосування, що належать до медичних виробів. Дія даного пункту не поширюється на витратні матеріали, що включають: гіпсові пов'язки (в т.ч. скотч-каст білого кольору), матеріали для ін'єкцій, перев'язувальний та шовний матеріал.

4.4.10. Експериментальні методи діагностики та лікування, нетрадиційні методи діагностики (гіпноз, ірідодіагностика, біокорекція, біоенергетика тощо); діагностика та лікування, що не передбачені чинними клінічними протоколами МОЗ України; а також діагностика і лікування станів та захворювань, не віднесених до МКХ-10.

4.4.11. Дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту, крім випадків надання невідкладної медичної допомоги, коли зазначені методи діагностики є необхідними для встановлення діагнозу та проведення екстреного лікування, за попереднім погодженням Страховика.

4.4.12. Лікарські засоби, товари медичного призначення, медичні послуги, призначені з метою профілактики, необхідні для запобігання прогресуванню захворювання та виникнення рецидивів і ускладнень; профілактичні послуги та заходи оздоровчого характеру, в тому числі санаторно-курортне лікування, відвідування басейну чи тренажерних залів; сеансів лікувальної фізкультури тощо; медичні та профілактичні огляди, в тому числі для отримання дозволу на керування транспортним засобом, отримання дозволу на володіння зброєю, оформлення медичної документації, в тому числі: для вступу до навчальних закладів, у тому числі закладів дошкільної освіти, для експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи, іншої документації, що не відноситься до страхового випадку; послуги з медичної реабілітації, в тому числі комплекси психологічних, педагогічних, професійних та юридичних заходів.

4.4.13. Послуги психолога, логопеда, психіатра, психоаналітика, дієтолога, сурдолога, імунолога, генетика, андролога, сексолога, подолога, трихолога, нутриціолога, косметолога, сексопатолога, лікаря-резидента та інших спеціалістів, які не вказані в Класифікаторі професій працівників сфери охорони здоров'я.

4.4.14. Комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо інше не передбачено умовами Програми страхування.

4.4.15. Специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму.

4.4.16. Витрати, пов'язані з веденням вагітності, пологами та післяпологовим доглядом, не відшкодовуються, за винятком випадків надання невідкладної медичної допомоги у разі: позаматкової вагітності; переривання вагітності за медичними показаннями(загроза життю Застрахованої особи); маткової кровотечі; замерлої вагітності (загиблого плідного яйця); кровотечі в ранні терміни вагітності; викидню, що не відбувся; спонтанного, неповного, повного або неуточненого аборт; передлежання плаценти з кровотечею; передчасного відшарування плаценти; прееклампсії середнього або тяжкого ступеня; еклампсії; защемлення, випадіння чи ретроверсії вагітної матки. Не відшкодовуються витрати на проведення нетрадиційних пологів (у воді, вдома, тощо).

4.4.17. Витрати, пов'язані з проведенням допоміжних репродуктивних технологій, зокрема: штучне запліднення (екстракорпоральне запліднення - ЕКЗ, інсемінація, ІКСІ тощо); підготовчі та діагностичні етапи програм допоміжних репродуктивних технологій; донорство яйцеклітин, сперми, ембріонів; сурогатне материнство (у тому числі медичне супроводження вагітності сурогатної матері); зберігання статевих клітин, ембріонів або біоматеріалу; гормональна, медикаментозна або інша терапія, спрямована на стимуляцію овуляції чи підготовку до програм запліднення; ускладнення, що виникли внаслідок проведення будь-яких із зазначених процедур.

4.4.18. Педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж покривається згідно діючого Наказу МОЗ, якщо інше не визначено Програмою страхування, вакцинація - згідно Календаря профілактичних щеплень МОЗ по віку тощо).

4.4.19. Захворювання та стани новонароджених, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч, розлади церебрального статусу та м'язового тонусу у новонароджених.

4.4.20. Діагностика та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез тощо) та мінерального балансу (транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо);

4.4.21. Імунограма, системна імунотерапія, серологічна діагностика тощо.

4.4.22. Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту, промивання лакун мигдаликів.

4.4.23. Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження).

4.4.24. Витрати, пов'язані з проведенням оптичної, лазерної, хірургічної або будь-якої іншої корекції зору зокрема: лазерна корекція рефракційних порушень; хірургічне втручання з метою зміни або покращення зорової функції, якщо воно не є невідкладним або життєво необхідним; підбір, виготовлення та придбання окулярів, контактних, ортокератологічних чи інших лінз, якщо опція не передбачена програмою страхування.

4.4.25. Альтернативна медицина (мануальна терапія, масаж, міорелаксація, голкорексфлексотерапія, кріомасаж, кріотерапія, водогрязетерапія, водні процедури, підводне витягування, лікувальна фізкультура, кінезотерапія, кінезіотейпування, ударно-хвильова терапія, психотерапія, гірудотерапія тощо), озонотерапія (у тому числі в стоматології), УФО; механотерапія, підводні тракції, PRP- терапія, плазмоліфтинг тощо.

4.4.26. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика), операції на серці та судинах (в тому числі стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу тощо), направлені на зміну ваги, модифікацію тіла з метою поліпшення психологічного та емоційного стану, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж, видалення бородавок, папілом, кондилом (крім ускладнених випадків, а саме їх травмування, запалення); лікування келоїдних рубців, в тому числі травмування, артроскопічні операції для відновлення функції суглобів при дегенеративних розривах/змінах та з метою пластики.

4.4.27. Проведення літотрипсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) органу каменем (каменями), де лікування проводиться за погодження із Страховиком на базі рекомендованих закладів охорони здоров'я; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі.

4.4.28. Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування.

4.4.29. Транспортні витрати, починаючи від 31 км від адміністративно-територіального кордону міста (крім витрат на транспортування Застрахованої особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні, до інших закладів охорони здоров'я за призначенням лікаря стаціонару та у випадках, коли надання необхідної медичної допомоги у закладі, де перебуває Застрахована особа є неможливим), а також транспортні витрати при транспортуванні із закладу охорони здоров'я додому (крім випадків переломів нижніх кінцівок); транспортування до закладу охорони здоров'я на планову госпіталізацію; будь-які інші транспортні витрати, окрім витрат на виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги та за медичними показаннями, підйом Застрахованої особи на поверх (починаючи з другого) у разі захворювань, що супроводжуються вираженими руховими порушеннями (інсульт тощо).

4.4.30. Транспортні витрати, пов'язані з виїздом медичних працівників для проведення медичних маніпуляцій за місцем проживання/роботи Застрахованої особи (масаж, ін'єкції, забір біоматеріалу для лабораторних досліджень тощо).

4.4.31. Медичне транспортування Застрахованої особи з інших населених пунктів України до м. Києва або до іншого закладу охорони здоров'я в межах України без наявності медичних показань.

4.4.32. Надання послуг з виїзду лікаря за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами закладу охорони здоров'я), якщо такі послуги надаються медичними працівниками, які займають адміністративні посади або мають наукові ступені (завідувачі відділень, головні лікарі, професори, доктори чи кандидати медичних наук, провідні фахівці тощо).

4.4.33. Профілактичне та/або реабілітаційне лікування, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури.

4.4.34. Діагностику та лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, латентного перебігу, а також у випадках динамічного спостереження без ознак загострення (в т.ч. онкологія, автоімунні захворювання, ВІЛ-інфекція, гепатити, туберкульоз тощо) в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, крім передбаченого програмою страхування.

4.4.35. Супутні захворювання, що діагностуються в комплексі з основним захворюванням, відносно якого виникли скарги Застрахованої особи.

4.4.36. Проведення курсу лікування або оздоровлення у санаторно-курортних закладах, бальнеологічних курортах, реабілітаційних центрах, будинках та закладах відпочинку, а також будь-яких інших закладах, діяльність яких не належить до надання медичної допомоги в розумінні законодавства України.

4.4.37. Відбілювання зубів, інкрустація різних елементів на поверхню зуба, застосування дороговісних металів, а також ортодонтія, герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, придбання зубних паст та зубних щіток; заміна старих пломб з

профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням захворювань зубів. Лікування захворювань порожнини рота, а саме слизової оболонки рота, язика, пластика вуздечок.

4.4.38. Екстракорпоральні методи лікування: плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмofільтрація; озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація (баротерапія), внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інші лазерні технології лікування, в тому числі лазерна коагуляція сітківки ока також ударно-хвильова терапія, окрім станів, які загрожують життю.

4.4.39. Малоінвазивні нехірургічні методи лікування, зокрема латексне лікування гемороїдальних вузлів, склеротерапія, кріодеструкція, лазерна коагуляція та інші подібні втручання, які проводяться без застосування класичних хірургічних методів, не відносяться до страхових випадків, якщо інше прямо не передбачено Програмою страхування.

4.4.40. Витрати, пов'язані з відшкодуванням моральної (немайнової) шкоди, упущеної вигоди, сплатою благодійних внесків, а також наявністю чинного полісу страхування в іншій страховій компанії.

4.4.41. Призначені послуги, які не відповідають принципам доказової медицини (безпеки та ефективності).

4.4.42. Планове лікування в стаціонарі, сплата за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 (шести) повних років.

4.4.43. Трансплантація органів та тканин, протезування та ендопротезування, окрім трансплантації шкіри (ало-, ксенопластики) внаслідок опіків в результаті нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування.

4.4.44. Виклик лікаря додому без медичних показань. Медичними показаннями є: підвищена температура тіла 38 °C та вище, симптоми харчової токсикоінфекції (блювота, діарея) та інші симптоми, що унеможливають самостійний візит в заклад охорони здоров'я.

4.4.45. Отримання Застрахованою особою послуг або лікарських засобів, що дублюють один одного в межах одного страхового випадку, у тому числі повторне проведення діагностичних досліджень (аналізів) або альтернативні консультації без наявних медичних показань, а також переведення Застрахованої особи з одного закладу охорони здоров'я до іншого без медичного обґрунтування, крім випадків надання невідкладної стаціонарної допомоги.

4.4.46. Не підлягають відшкодуванню витрати, пов'язані з придбанням Застрахованою особою медичних виробів без відповідних призначень лікуючого лікаря.

4.4.47. Не відшкодовуються також витрати на одночасне застосування двох або більше аналогічних лікарських засобів, що належать до однієї фармакотерапевтичної групи за класифікацією АТС, за винятком випадків, коли один препарат має місцеву, а інший - системну дію, або коли така комбінація обґрунтована схемою лікування в умовах стаціонару.

4.4.48. Будь-які послуги, крім зазначених в Програмі страхування.

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

5.1. Страхувальник зобов'язаний:

5.1.1. Перед укладенням Договору страхування повідомити Страховику про наявність страхового інтересу.

5.1.2. Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та у строки, встановлені Договором страхування.

5.1.3. При укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори, щодо предмету Договору страхування, і надалі інформувати Страховика під час дії Договору страхування про укладання нових договорів, щодо предмету Договору страхування.

5.1.4. До укладання та/або при укладанні Договору страхування надати Страховику (страховому посереднику) ідентифікаційні дані для перевірки в частині законодавства, щодо запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансування тероризму, фінансування розповсюдження зброї масового знищення (далі – ПВК/ФТ).

5.1.5. Повідомити Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дати настання суттєвих змін в своїй діяльності /ідентифікаційних даних, а також в інформації (даних), наданих в анкеті (опитувальнику) Страховику, подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України, щодо ПВК/ФТ.

5.1.6. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства ПВК/ФТ.

5.1.7. Вживати заходів, щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання Події.

5.1.8. Не перешкоджати Страховику або його представникам у визначенні обставин настання Події.

5.1.9. Утримуватись від будь-яких дій, що можуть зашкодити інтересам Страховика, за винятком здійснення своїх прав, передбачених Договором страхування, тримати в таємниці відомості про Страховика, що стали відомі Страхувальнику у зв'язку з укладанням та виконанням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

5.1.10. При страхуванні родичів Застрахованих осіб надати документи, що підтверджують родинний зв'язок, на вимогу Страховика.

5.1.11. Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

5.1.12. Повідомити про настання події, що має ознаки страхового випадку у встановлений строк у відповідності до Договору страхування.

5.1.13. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування та алгоритмом дій для використання полісу з метою організації медичної допомоги відповідно до умов Договору страхування та Програми страхування

5.2. Страховик зобов'язаний:

5.2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Загальними умовами страхового продукту.

5.2.2. Ознайомити Страхувальника з Переліком закладів охорони здоров'я та закладами, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги та їхньою категорією, з якими Страховик має договірні відносини. Під час обслуговування застосовується Перелік закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, що є актуальним на дату укладення Договору страхування.

Перелік закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги із зазначенням дати набуття чинності та категорій, доступний за посиланням на офіційному сайті Страховика: <https://kniazha.ua/about/perelik-zakladiv-okhorony-zdorovia> та доводиться до відома Страхувальника і Застрахованих осіб.

5.2.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

5.2.4. При настанні страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

5.2.5. Протягом 20 (двадцяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

5.2.6. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дня оплати страхового платежу (першої його частини) забезпечити Застрахованих осіб Персональною пластиковою/електронною картою.

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

5.2.8. Не розголошувати відомості про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття. Страховик, особи, які входять до складу органів управління та контролю Страховика, аудитори, відповідальні актуарії, інші особи, які є працівниками Страховика, страхові посередники та їх працівники, інші особи, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, зобов'язані забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, її нерозголошення та невикористання на свою користь чи на користь третіх осіб з метою недопущення її незаконного розкриття. За розголошення таємниці страхування передбачено настання відповідальності згідно з чинним законодавством.

5.2.9. Повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів, з дня зміни на вебсайті компанії: www.kniazha.ua.

5.2.10. Видати Страхувальнику дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

5.2.11. Дотримуватись умов Договору страхування та належно виконувати свої обов'язки за Договором страхування.

5.2.12. Контролювати обсяг та якість медичних послуг відповідно до принципів доказової медицини (безпеки та ефективності) з метою оптимізації процесів прийняття рішень, підвищення якості надання медичної допомоги, зниження фінансових та часових витрат в діагностиці та лікуванні пацієнтів.

5.2.13. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у т. ч. шляхом дострокового припинення дії Договору страхування) або від проведення фінансової операції (виплати страхового відшкодування) у випадках, передбачених нормами законодавства ПВК/ФТ, зокрема у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Страхувальник має право:

5.3.1. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

5.3.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність групи інвалідності, довготривале перебування на листку непрацездатності, умови праці пов'язані з підвищеним ризиком, критичні захворювання в анамнезі (цукровий діабет, туберкульоз, вірусні гепатити, онкологічні захворювання, вроджені та набуті патології) і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту, як тільки Страхувальнику стало відомо про настання таких обставин.

5.3.3. Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням вимог Договору страхування.

5.3.4. Відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку за Договором страхування) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, Договір страхування вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

5.3.5. Одержати від Страховика дублікат Договору страхування в разі втрати оригіналу.

5.3.6. Збільшити кількість Застрахованих осіб за домовленістю із Страховиком. В такому випадку строк дії Договору страхування стосовно додатково Застрахованих осіб не може бути довшим, ніж загальний строк дії цього Договору страхування. Збільшення кількості Застрахованих осіб можливе не пізніше, ніж за 3 (три) місяці до закінчення дії Договору страхування, якщо інше не погоджено Страховиком в індивідуальному порядку.

5.3.7. Повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичних послуг Застрахованій особі.

5.4. Страховик має право:

5.4.1. При укладанні цього Договору страхування перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію.

5.4.2. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування протягом строку його дії.

5.4.3. Самостійно з'ясовувати причини та обставини Страхового випадку, робити запити про відомості, пов'язані з Страховим випадком до закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини цього Страхового випадку.

5.4.4. Вимагати надання додаткових документів, зазначених в Договорі страхування, для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

5.4.5. Перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи.

5.4.6. Відмовити у страховій виплаті за наявності підстав, передбачених умовами Договору страхування, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.4.7. Відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати у випадку виникнення сумнівів, щодо причин та обставин настання страхового випадку, але на строк, не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів.

5.4.8. Достроково припинити дію Договору страхування з дотриманням його вимог.

5.4.9. Вибирати базові заклади охорони здоров'я та заклади, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги для організації медичної та/або іншої допомоги, залежно від стану Застрахованої особи, виду захворювання, профілю та специфіки діяльності закладу охорони здоров'я, з урахуванням медичних показань.

5.4.10. Вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я або медичного огляду.

5.4.11. Визначити для конкретних Застрахованих осіб, окремі Програми страхування та страхові платежі, а також відмовити в страхуванні.

5.4.12. Організовувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних закладів охорони здоров'я (зокрема, виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з можливою подальшою організацією переводу Застрахованої особи у заклад охорони здоров'я, передбачений Договором страхування.

5.4.13. Включати заклад охорони здоров'я / аптечний заклад у Перелік закладів охорони здоров'я, як окремо за Програмою страхування так і по Договору в цілому, за згодою сторін, шляхом укладення Додаткової угоди/Додаткового договору до Договору страхування.

5.4.14. Під час дії Договору страхування Страховик має право в односторонньому порядку вносити зміни до Переліку закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, що співпрацюють зі Страховиком на умовах, визначених цим пунктом:

5.4.14.1. Ліквідації закладу як юридичної особи.

5.4.14.2. Зміни форми власності чи назви.

5.4.14.3. Розірвання або припинення договору про співпрацю між Страховиком та закладом охорони здоров'я та закладом, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги.

5.4.15. Організовувати необхідну медичну допомогу в закладах охорони здоров'я передбачених Договором страхування та погоджувати із Застрахованою особою, залежно від профілю захворювання.

5.4.16. За погодженням з лікуючим лікарем змінювати призначені лікарські засоби на аналогічні за складом по діючій хімічній речовині згідно законодавства України або альтернативні згідно Протоколів МОЗ України та схем лікування захворювань.

5.4.17. Організовувати виклик лікаря за місцем перебування Застрахованої особи, якщо це передбачено Програмою страхування, у випадках, коли за медичними показаннями неможливо звернення до закладу охорони здоров'я, та відповідно до встановленого порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України, а саме:

5.4.17.1. У разі гострих або раптових погіршень стану здоров'я (підвищення температури тіла від 38°C і вище; стани, захворювання чи травми, що потребують надання медичної допомоги та консультації лікаря за місцем перебування Застрахованої особи), за винятком незначних травм без загрози життю і здоров'ю.

5.4.17.2. У випадках станів, що становлять потенційну небезпеку для оточуючих (контакт з інфекційними хворими, поява висипу неясної етіології, інфекційні захворювання протягом інкубаційного періоду).

5.4.17.3. При необхідності дотримання постільного режиму, призначеного лікарем, у тому числі після виписки зі стаціонару або за рекомендацією консультанта (на підставі медичного документа або за попередньою домовленістю з лікарем).

5.4.17.4. У разі тяжких хронічних захворювань або неможливості самостійного пересування Застрахованої особи (у разі передбачення такої опції Програмою страхування).

5.4.17.5. При захворюваннях у жінок під час вагітності або у післяпологовому періоді (у разі передбачення такої опції Програмою страхування).

5.4.17.6. Для здійснення патронажу вагітних і породіль (у разі передбачення такої опції Програмою страхування).

5.4.17.7. Для проведення патронажу дітей віком до одного року (якщо опція передбачена Програмою страхування).

5.4.17.8. При захворюваннях дітей віком до трьох років (у разі передбачення такої опції Програмою страхування).

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

6.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, звернутися до лікаря-координатора / лікаря-куратора Страховика за телефонами, вказаними в Персональній пластиковій картці або Пам'ятці Застрахованої особи та повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по-батькові;
- номер Договору страхування;
- причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо);
- фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на запит лікаря-координатора Страховика.

6.2. Лікар-координатор/лікар-куратор Страховика інформує Застраховану особу, щодо її подальших дій, необхідних для отримання медичної допомоги, та організовує її надання відповідно до умов Договору страхування, зокрема: запис на прийом до лікаря відповідного фаху, організацію виклику бригади екстреної або невідкладної медичної допомоги (залежно від ситуації), госпіталізацію до профільного (базового) закладу охорони здоров'я, надання Застрахованій особі необхідної консультаційної та інформаційної підтримки.

6.3. Підбір закладу охорони здоров'я та закладу, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги відноситься до компетенції лікаря-координатора/лікаря - куратора Страховика та здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі.

6.4. В закладі охорони здоров'я/ та закладі, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги Застрахована особа повинна пред'явити персональну пластикову картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності персональної пластикової карти, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором/лікарем - куратором Страховика в телефонному режимі.

6.5. У випадку фізичної неможливості Застрахованої особи повідомити Страховика або лікаря-координатора про настання події, що потребує надання екстреної чи невідкладної медичної допомоги (зокрема у випадку втрати або порушення свідомості, тяжкого стану тощо), Застрахована особа зобов'язана здійснити повідомлення при першій можливості, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту усунення таких обставин, або не пізніше дати виписки із закладу охорони здоров'я у разі стаціонарного лікування.

6.6. Організація забезпечення лікарськими засобами здійснюється лікарем-координатором Страховика шляхом узгодження замовлення в аптечному закладі, що має чинну ліцензію на роздрібну торгівлю лікарськими засобами, з урахуванням найбільш оптимального рівня цін. За можливості та на умовах постачальника забезпечується доставка лікарських засобів за адресою, вказаною Застрахованою особою, у межах режиму роботи аптечного закладу, відповідно до вимог чинного законодавства України, щодо відпуску та транспортування лікарських засобів.

6.7. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, лікування яких неможливо організувати в закладах охорони здоров'я, що мають договірні відносини зі Страховиком (зокрема, у випадках діагностування туберкульозу, інфекційних чи інших особливо небезпечних захворювань), Страховик забезпечує інформаційне сприяння у направленні Застрахованої особи до відповідних спеціалізованих закладів охорони здоров'я, визначених у порядку, встановленому законодавством України.

6.8. У разі повторного звернення Застрахованої особи до Страховика протягом строку дії Договору страхування з приводу загострення хронічного захворювання, після встановлення діагнозу

організовується надання невідкладної медичної допомоги в межах та обсягах, визначених чинним законодавством України у сфері охорони здоров'я, за погодженням із лікуючим лікарем.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком, залежно від умов Договору страхування, шляхом:

7.1.1. Оплати закладу охорони здоров'я вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та/або вартості лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування, безпосередньо закладу охорони здоров'я, фармацевтичному (аптечному) закладу та закладам, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, з якими укладено договір про співпрацю зі Страховиком. Порядок та строки сплати рахунків закладу визначаються договором про співпрацю та додатками до нього.

7.1.2. Оплати Застрахованій особі (законному представнику Застрахованої особи) вартості отриманих нею медичних послуг або придбаних за власні кошти лікарські засоби та/або медичних виробів у закладі охорони здоров'я, фармацевтичному(аптечному) закладу та закладам, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, які передбачені Програмою страхування, після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку. Послуги, що не передбачені Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно та без подальшої компенсації Страховиком.

7.1.3. Оплати Вигодонабувачу, що визначений у свідоцтві про право на спадщину у разі смерті Застрахованої особи в період дії Договору страхування.

7.2. При самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичних послуг або придбанні за власні кошти лікарських засобів та/або медичних виробів у закладі охорони здоров'я, фармацевтичному(аптечному) закладу та закладах, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, з яким у Страховика відсутні договірні відносини (за погодженням із Страховиком), страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі (або її законному представнику) на підставі наступних документів:

7.2.1. Основні:

7.2.1.1. Договір страхування (картка застрахованої особи).

7.2.1.2. Медичний документ, що підтверджує звернення та лікування, зокрема: виписка із медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого (ф. 027/о), виписний епікриз (ф. 003/о) або консультативний висновок спеціаліста (ф. 028/о), які завірені необхідними підписами та печатками закладу охорони здоров'я та або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги, містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг. Якщо заклад охорони здоров'я веде всю медичну документацію в електронному вигляді, тоді витяг з електронної карти, створений у форматі, затвердженому для eHealth, підписаний кваліфікованим електронним підписом лікаря.

7.2.1.3. Для підтвердження факту оплати медичних послуг або лікарських засобів обов'язково надаються копії фінансових (розрахункових) документів, що містять: фіскальний чек (квитанцію) або прибутковий касовий ордер, на яких має бути чітко вказано: назви лікарських засобів, медичних товарів чи медичних виробів або послуг; суму оплати цифрами; дату операції; номер документа; печатку підприємства (за наявності); QR-код для перевірки через офіційний реєстр (відповідно до чинного законодавства). Якщо у фіскальному чеку, сліп-чеку або квитанції відсутні конкретні назви лікарських засобів, медичних товарів чи виробів або послуг, обов'язково додається товарний чек, накладна або інший документ, який містить повний перелік придбаних товарів і послуг. Акти виконаних робіт, довідки, рахунки-фактури та інші подібні документи не є фінансовими (розрахунковими) документами і самі по собі не підтверджують факт оплати. Вони можуть надаватися лише як додаткові документи для уточнення змісту послуг чи товарів.

7.2.1.4. При отриманні медичних послуг або придбанні медикаментів (товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності - надається Витяг або Виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань (ЄДР) із зазначенням обраних видів діяльності (КВЕД-ів), що підтверджують право суб'єкта здійснювати відповідну діяльність.

7.2.1.5. Документ, що засвідчує реєстрацію особи в Державному реєстрі фізичних осіб - платників податків, або копія сторінки паспорта громадянина України у формі книжечки з відміткою про наявність права здійснювати будь-які платежі за серією та номером паспорта/копія сторінки паспорта громадянина України у формі картки, до якого внесено запис із словом "відмова".

7.2.1.6. Документ, що посвідчує особу відповідно до Закону України “Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус”, та витяг з реєстру територіальної громади (за наявності), довідка про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи - для внутрішньо переміщеної особи (за наявності).

7.2.1.7. Паспортний документ іноземця або документ, що посвідчує особу без громадянства.

7.2.1.8. Свідоцтво про народження дитини (у разі, якщо Застрахованою особою є дитина до 18 років).

7.2.1.9. Рецепти (у тому числі електронних рецептів - е-рецептів) на лікарські засоби та/або медичні вироби, які видані ліцензованими медичними працівниками через офіційні електронні системи охорони здоров'я.

7.2.1.10. Висновки про тимчасову непрацездатність, сформовані (сформований) відповідно до порядку формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ від 1 червня 2021 р. № 1066 (е-лікарняний) за наявності. Категорії осіб, яким згідно з чинним законодавством медичний висновок про тимчасову непрацездатність (е-лікарняний) не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством.

7.2.1.11. Для відшкодування витрат на придбання товарів медичного призначення потрібно надавати копію Свідоцтва про державну реєстрацію товару медичного призначення з додатками (за їх наявності).

7.2.1.12. Свідоцтво про смерть та довідку про причину смерті Застрахованої особи за формою, затвердженою МОЗ - у разі загибелі чи смерті Застрахованої особи.

7.2.1.13. Свідоцтво про право на спадщину, що підтверджує право Вигодонабувача на спадщину Застрахованої особи у разі її смерті.

7.2.2. Додаткові:

7.2.2.1. Довідки закладів охорони здоров'я та/або закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, у яких Застрахована особа проходила лікування, офіційні документи, що підтверджують факт надання медичних послуг (за наявності).

7.2.2.2. Талони закладу охорони здоров'я та/або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги у якому Застрахована особа проходила лікування, документи, що підтверджують запис або черговість на отримання медичних послуг (за наявністю).

7.2.2.3. Акти приймання-передачі наданих послуг (виконаних робіт) – документи, в яких перераховані всі надані послуги Застрахованій особі відповідно до діючого прейскуранта суб'єкта господарювання. Акт приймання-передачі наданих послуг (виконаних робіт) повинен відповідати вимогам чинного законодавства України, містити всі необхідні реквізити та бути засвідченим печаткою закладу охорони здоров'я, зокрема, документ має містити: повне найменування закладу охорони здоров'я; прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи; встановлений клінічний діагноз; дату надання медичних послуг; перелік наданих медичних послуг, їх кількість та вартість; підписи обох сторін та печатку закладу охорони здоров'я та/або закладу, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги (за наявністю). У випадку відшкодування стоматологічних послуг, стоматологічний діагноз із зазначенням номера зуба та поверхні зуба може бути відображений не в медичній картці стоматологічного хворого (форма 043/о), а в Акті приймання-передачі наданих послуг (виконаних робіт). Акти виконаних робіт не замінюють фінансові (розрахункові) документи, що підтверджують оплату медичних послуг або лікарських засобів і надаються як додатковий документ для підтвердження факту надання послуг.

7.2.2.4. Калькуляції витрат закладу охорони здоров'я та/або закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, у якому Застрахована особа проходила лікування, деталізовані розрахунки вартості наданих послуг чи товарів (за наявністю).

7.2.2.5. Документ, що підтверджує придбання лікарських засобів, у тому числі через онлайн-сервіси аптечних закладів, які мають ліцензію на роздрібну торгівлю лікарськими засобами (за наявністю).

7.2.2.6. Заявки (замовлення) на організацію медичної допомоги або направлення на медичні послуги / на консультацію / госпіталізацію - документи, що фіксують запит та оформлення медичних послуг (за наявністю).

7.2.2.7. Рахунки-фактури закладів охорони здоров'я, фінансові документи, що підтверджують вартість наданих медичних послуг (за наявності).

7.2.2.8. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних в пункті 7.2.1. та 7.2.2., в тому числі в електронній копії оригіналу паперового документа (фотокопія). На вимогу Страховика та у визначений ним термін Застрахована особа (Законний представник Застрахованої особи / Вигодонабувач)

зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Застрахована особа (Законний представник Застрахованої особи / Вигодонабувач) засвідчує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Застрахована особа (Законний представник Застрахованої особи / Вигодонабувач) зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

7.2.2.9. Документи, передбачені законодавством України у сфері фінансового моніторингу, у визначених законом випадках, за запитом Страховика. Особа, яка має право на отримання страхової виплати, зобов'язана протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання запиту Страховика надати такі документи. У випадку ненадання документів по запиті, щодо фінансового моніторингу, строк здійснення страхової виплати продовжується на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

7.2.3. Страховик не розглядає надані Додаткові документи, якщо Основні документи надано не було.

7.2.4. Страховик має право змінити перелік документів для отримання страхового відшкодування з письмовим повідомленням про це Страхувальника (Застраховану особу / Законного представника Застрахованої особи / Вигодонабувача), але виключно по страхових випадках, що стануться після повідомлення про таку зміну.

7.2.5. Застрахована особа / Законний представник Застрахованої особи має можливість оформити заяву на відшкодування та передати документи, зазначені в пунктах 7.2.1. та 7.2.2. Умов на вебсайті компанії: <http://kniazha.ua>, в електронному вигляді. Для цього необхідно:

7.2.5.1. Зайти на вебсайт <http://kniazha.ua>, обрати розділ «Страховий випадок»/ «Врегулювання онлайн»/ «Здоров'я».

7.2.5.2. Заповнити онлайн заяву на відшкодування, прикріпити до заяви документи та пройти процедуру підпису заяви SMS-паролем.

7.2.6. За бажанням, Застрахована особа або Законний представник Застрахованої особи може надати документи, зазначені у пунктах 7.2.1, 7.2.2. Умов в офісі Страховика.

7.2.7. Загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадкам не може перевищувати страхову суму на кожну Застраховану особу та встановлених лімітів відповідальності Страховика по кожній окремій Програмі страхування, зазначеній в Договорі страхування.

7.2.8. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або лікарських засобів передбачених Програмою страхування у ЗОЗ, з якими у Страховика укладено Договір про співпрацю, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється у розмірі фактичних витрат з урахуванням класу клініки, визначеному умовами Договору.

7.2.9. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, з якими у Страховика не має укладеного Договору про співпрацю, але при цьому погодила використання послуги із Страховиком, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється з урахуванням таблиці франшиз, передбаченої Договором страхування.

7.2.10. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість лікарських засобів та/або медичних виробів передбачених Програмою страхування, без погодження використання послуги зі Страховиком, відсоток відшкодування становитиме 30% від вартості послуг.

7.2.11. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів, після отримання всіх документів, зазначених в пункті 7.2. Умов.

7.2.12. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату.

7.2.13. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово або по електронній пошті (в разі оформлення заяви на відшкодування на вебсайті компанії) повідомити Застраховану особу (її законного представника чи Вигодонабувача) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

7.2.14. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви, щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних

установ (закладів охорони здоров'я, правоохоронних органів, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів.

7.2.15. У випадку погодження Страховиком відвідування закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, з якими він не має договірних відносин, компенсація витрат на послуги відбувається згідно вартості аналогічної позиції у прайсі базового закладу охорони здоров'я, що передбачена Програмою страхування. Якщо така послуга не передбачена у прайсі базового закладу охорони здоров'я, то сума компенсації вирішується Страховиком компромісно, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом закладу охорони здоров'я, передбаченого Програмою страхування.

7.2.16. Оплата медичних послуг, лікарських засобів, товарів медичного призначення та медичних виробів отриманих у закладах охорони здоров'я та/або фармацевтичних/аптечних закладах здійснюється Страховиком шляхом перерахування коштів на банківські реквізити закладів, відповідно до умов та строків договору про співпрацю між Страховиком і закладами охорони здоров'я та/або фармацевтичними/аптечними закладами та закладами, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги.

7.2.17. Страхова сума, (ліміт страхової суми), Ліміти відповідальності Страховика (в тому числі негрошові, а визначені кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), зазначені в Договорі страхування та Програмі страхування зменшуються з урахуванням попередньо здійсненої страхової виплати/використаної кількості послуг.

7.2.18. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками, що мали місце впродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати Страхової суми (ліміту страхової суми), Лімітів відповідальності Страховика (в тому числі негрошових, а визначених кількістю послуг передбачених умовами опцій Програми страхування), встановленої Договором страхування та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

7.2.19. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

7.2.20. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України - гривні.

7.2.21. Категорії/типи закладів охорони здоров'я та/або фармацевтичних/аптечних закладів, закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги визначаються Страховиком з урахуванням цінової політики, рівня медичного обслуговування та сервісу відповідного закладу і зазначаються у Переліку закладів охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, що співпрацюють із Страховиком.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

8.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

8.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

8.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

8.1.4. Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

8.1.5. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором страхування.

8.1.6. Порушення Застрахованою особою порядку обслуговування, встановленого Договором страхування (окрім невідкладних станів), недотримання рекомендацій лікаря, порушення режиму лікування, норм та правил поведінки в закладі охорони здоров'я та закладі, що надає профілактичні та/або оздоровчі послуги.

8.1.7. Отримання медичної допомоги, придбання лікарських засобів, медичних виробів, якщо вони не підтверджені письмовою рекомендацією лікаря закладу охорони здоров'я та закладів, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, оформленою відповідно до чинних форм та нормативних документів МОЗ України.

8.1.8. Отримання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я та закладах, що надають профілактичні та/або оздоровчі послуги, які не включені до Переліку закладів охорони здоров'я, затвердженого Страховиком для обслуговування за Програмою страхування.

8.1.9. Оплата витрат на медичну допомогу, лікарські засоби, медичні вироби та товари медичного призначення здійснюється лише за наявності належним чином оформленого розрахункового документа, відповідно до пункту 7.2.1.3 цих Умов. У разі подання документів, що не відповідають встановленій формі, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

8.1.10. Отримання послуг в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг.

8.1.11. Навмисне надання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей, щодо стану її здоров'я, з метою отримання медичної допомоги та послуг, на підставі яких Страховиком була організована медична допомога.

8.1.12. Необґрунтований виклик лікаря або бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, виклик без наявності медичних показань, зокрема: з метою отримання планових медичних процедур або маніпуляцій, що не потребують невідкладної допомоги; коли застрахована особа відсутня за вказаною адресою; виклик з будь-якою іншою метою, що не пов'язана із наданням екстреної або невідкладної медичної допомоги.

8.1.13. Відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку.

8.1.14. У випадках, якщо Страхувальник (Застрахована особа / законний представник Застрахованої особи / Вигодонабувач) не здійснив усіх необхідних дій для отримання страхової виплати та не надав усіх передбачених Договором страхування документів по заявленому страховому випадку протягом 90 календарних днів з дати подання заяви про настання події, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої справи. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи / Законного представника Застрахованої особи / Вигодонабувача) та за умови надання всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи за таким випадком.

8.1.15. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

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

9.1. За згодою Страховика і Страхувальника до Договору страхування можуть бути внесені доповнення та зміни, що не суперечать чинному законодавству України та Умовам.

9.1.1. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладання, приймаються за домовленістю Сторін шляхом укладання Додаткової угоди/Додаткового договору до Договору страхування, що є невід'ємними частинами Договору страхування. Про намір внести зміни та (або) доповнення до Договору страхування Сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати (прогнозованого) внесення змін та (або) доповнень.

9.1.2. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані шляхом направлення листа однієї Сторони Договору страхування - іншій електронною поштою, засобами поштового зв'язку за адресами Сторін Договору страхування, визначеними у Договорі страхування.

9.1.3. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, то протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту остаточного розгляду пропозиції про внесення змін та/або доповнень до Договору страхування, вирішується питання про його дію на попередніх умовах або про припинення його дії.

9.2. Упродовж строку дії Договору страхування, Страхувальник може вносити зміни в Перелік Застрахованих осіб (Додаток №1 до Договору страхування), повідомивши про це Страховика за 5 (п'ять) робочих днів до дати таких змін у порядку, передбаченому Договором страхування, зокрема:

9.2.1. Припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи та/або додати до Договору страхування нову Застраховану особу. При цьому:

а) для особи, що додається до Переліку Застрахованих осіб страховий платіж, страхова сума, індивідуальні грошові ліміти відповідно до Програми страхування, Негрошові ліміти за опціями Програми страхування перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до закінчення дії Договору страхування за формулою визначеною в Договорі страхування;

б) для особи, що виключається з Переліку Застрахованих осіб відповідно до умов Договору страхування, розраховується частка Страхового платежу, що підлягає поверненню Страхувальнику або за згодою

Сторін зараховується на страхування нової Застрахованої особи (яка додається до Переліку Застрахованих осіб);

в) Страхувальник сплачує Страховику Страховий платіж за додаткову кількість Застрахованих осіб, про що Сторони складають Додаткову угоду відповідно до умов Договору страхування. При цьому сума Страхового платежу може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком - Страхувальнику у зв'язку з виключенням Застрахованих осіб.

9.2.2. Якщо до закінчення строку дії Договору страхування залишається менше 30 (тридцяти) календарних днів, внесення нових осіб до Переліку Застрахованих осіб не здійснюється, крім індивідуальних випадків погоджених Страховиком.

9.3. Дія цього Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

9.3.1. Закінчення строку дії Договору страхування.

9.3.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) в повному обсязі.

9.3.3. Несплати Страхувальником Страхових платежів у строки та в розмірах, які встановлені Договором страхування, з урахуванням умов Договору страхування.

9.3.4. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

9.3.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності (у разі смерті Застрахованої особи, чи втрати нею дієздатності, дія Договору страхування припиняється стосовно такої Застрахованої особи), за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”.

9.3.6. Набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору страхування недійсним.

9.3.7. Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що на Страхувальника накладено санкції Європейського Союзу, Великобританії, США (OFAC), Ради національної безпеки і оборони України (РНБО) - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

9.3.8. Якщо протягом дії Договору страхування виявлено, що Страхувальника внесено до переліку терористів - з дати внесення такої особи до списків та/або з дати виявлення відповідної обставини.

9.3.9. В інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

9.4. Дія Договору страхування може бути достроково припинена (в тому числі, щодо окремої опції Програми страхування) на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страховик або Страхувальник зобов'язані повідомити один одного не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

9.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування / виключення зі списку Застрахованих осіб за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування (далі – ВУВД) та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Повернення Страхових платежів в цьому випадку здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від закладів охорони здоров'я, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове припинення Договору страхування. Сума Страхового платежу, що підлягає поверненню у випадку припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника розраховується за формулою визначеною в Договорі страхування.

9.4.2. При достроковому припиненні дії Договору страхування, за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням умов страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування згідно формули, зазначеної в умовах Договору страхування.

9.5. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням ВУВД, фактичних страхових виплат за Договором страхування.

9.6. При припиненні дії Договору страхування відповідно до пунктів 9.3.7. – 9.3.8. Умов, порядок повернення страхової премії здійснюється у порядку норм законодавства України в сфері фінансового моніторингу.

9.7. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням цього Договору, становить **45%**. ВУВД визначена в Договорі страхування.

9.8. Протягом строку дії Договору Страхувальник може достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до будь-якої Застрахованої особи, зазначеної у Додатку №1 до Договору страхування, незалежно від наявності її згоди, у порядку, передбаченому пунктом 9.2.1. Умов.

10. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладення та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі, шляхом подання Страховику відповідної заяви в письмовій (електронній) формі, окрім випадків, передбачених законодавством, зокрема:

10.1.1. Якщо строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів.

10.1.2. Якщо за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.2. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування, такий Договір страхування вважається не укладеним, а сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором страхування і у сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором страхування.

10.3. Повернення страхової премії здійснюється виключно в безготівковій формі за реквізитами, які визначені в заяві.

10.4. Датою припинення Договору страхування (відмови від Договору страхування) є дата отримання Страховиком заяви із зазначенням реквізитів.

10.5. Строк повернення страхової премії – протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору страхування із зазначенням реквізитів.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Перед укладенням Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та Закону України «Про страхування» Страховик забезпечує Страхувальника доступною інформацією, в т.ч. про страховий продукт, що пропонується, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з урахуванням специфіки страхового продукту та потреб клієнта. Відповідна інформація розміщена на вебсайті Страховика <https://kniazha.ua/>.

11.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

11.3. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, включаючи:

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

- загальна кількість Застрахованих осіб;
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожному Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;

11.3.2. Відомості про об'єкт страхування:

- прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи;
- дата народження Застрахованої особи;
- місто та домашня адреса (повна адреса фактичного проживання) Застрахованої особи;
- документ, що посвідчує особу (серія, номер) Застрахованої особи;
- РНОКПП Застрахованої особи;

- контактний телефон Застрахованої особи;
- інформація про чинні Договори страхування, укладені, щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи;
- бажаний рівень Програми страхування для Застрахованої особи

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

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

11.6. Інформація зазначена в пунктах 11.2. - 11.3. Умов повинна бути актуальною, достовірною та повною. Дана інформація має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування та/або про розмір страхової премії за Договором страхування та зазначається Страхувальником у заяві на страхування.

11.7. Договір страхування укладається у формі, що визначена законодавством до такого Договору. Кількість примірників Договору страхування і спосіб його укладення визначається за домовленістю сторін з обов'язковим дотриманням вимог чинного законодавства України.

11.7.1. В разі втрати оригіналу Договору страхування Страхувальником, Страховик повинен видати Страхувальнику дублікат цього Договору страхування. Після видачі дублікату, втрачений примірник вважається недійсним.

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

11.9. Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін Договору страхування і оформлюються шляхом складання додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору страхування, що містить нові умови Договору страхування і є невід'ємною частиною Договору страхування.

11.10. Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом (пластиковою карткою), сертифікатом.

11.11. Договір страхування, у відповідності до цих Умов, укладається:

11.11.1. У формі паперового документу з проставлянням власноручних підписів сторін Договору страхування.

11.11.2. У формі електронного документу, в т.ч. шляхом приєднання, у порядку, встановленому чинним законодавством та передбаченими умовами Договору страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Всі спори, щодо невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються у порядку, встановленому чинним законодавством України, в т.ч. шляхом звернення до суду.

12.2. При вирішенні питань, що не врегульовані Договором страхування та цими Умовами, сторони керуються законодавством.

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

13.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, особа, відповідальність якої застрахована, потерпіла третя особа звертаються:

- за телефоном цілодобової гарячої лінії Страховика: **0 800 212 303** (на території України);
- за місцезнаходженням Головного офісу Страховика (вул. Глибочицька, 44, м. Київ, 04050, Україна);
- за місцезнаходженням підрозділів Страховика за адресами, розміщеними на вебсайті Страховика за посиланням <https://kniazha.ua/contacts>;
- на електронну адресу Страховика: reception@kniazha.ua.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Цей Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору страхування відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за Договором страхування.

14.2. Гранична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням договорів страхування за страховим продуктом «Медичне страхування (страхування здоров'я)», становить **45%**.

14.3. Підписанням Договору страхування Сторони погодили, що вищезазначений порядок актуалізації інформації є належним унесенням змін до Договору страхування за згодою Сторін і не є односторонньою зміною його умов та в цьому випадку не потребується підписання додаткових угод/ додаткових договорів до укладеного Договору страхування.

14.4. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком тощо) та інші умови страхування, передбачені Умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. У випадку розбіжностей між цими Умовами та конкретним Договором страхування, застосовуються умови Договору страхування.

14.5. Зміни до Умов вносяться шляхом викладення цих Умов у новій редакції. Із введенням в дію нової редакції Умов попередня редакція таких Умов припиняє дію та нові договори страхування за страховим продуктом «Медичне страхування (страхування здоров'я)» укладаються відповідно до нової редакції Умов. Договір страхування, укладений за попередньою редакцією Умов, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії, крім випадків внесення змін до Договору страхування за згодою сторін.