

## СТАНДАРТНА ФОРМА ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

### (друга частина)

9. Договір укладено на підставі Закону України «Про страхування», Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №09-09, зареєстрованих Держфінпослуг України 27.08.2009 року за № 039053 (надалі – Правила страхування).

#### 9.1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

9.1.1. На умовах цього Договору Страховик бере на себе зобов'язання за встановлену цим Договором плату (надалі - страховий платіж) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату відповідно до умов цього Договору та Програми добровільного медичного страхування в розмірі та в порядку, визначеному цим Договором та Програмою добровільного медичного страхування, а Страхувальник/Застрахована особа зобов'язується своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови цього Договору.

9.1.2. До укладення цього Договору Страховик надав Страхувальнику/Застрахованій особі у повному обсязі всю необхідну інформацію, в тому числі і передбачену вимогами частини другої статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

9.2. Визначення основних термінів:

9.2.1. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір.

9.2.2. **Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої укладено Договір. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

9.2.3. **Надавач медичних послуг** (надалі – Надавач) – заклад охорони здоров'я, підприємство, товариство, організація, аптека, фізична особа-підприємець, що має дозвіл на здійснення медичної практики, надання діагностичних послуг, продаж медикаментів та медичного обладнання та занесені у Перелік закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року №385.

9.2.4. **Базовий медичний заклад** – це заклад охорони здоров'я, з яким Страховиком укладено Договір про надання медичних послуг Страхувальникам/Застрахованим особам.

9.2.5. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короточасна, несподівана та незалежна від волі Страхувальника/Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і призвела до розладу здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи та втрати її працездатності.

9.2.6. **Медична послуга** – комплекс дій Надавача у сфері охорони здоров'я (діагностичних, лікувальних, пов'язаних із забезпеченням медикаментами та засобами медичного призначення) спрямованих на відновлення працездатності, одужання, тривале покращення стану здоров'я, що надається за оплату.

9.2.7. **Екстрена (невідкладна) стаціонарна допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги Страхувальнику/Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики сімейної медицини, кабінету поліклініки тощо у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги.

9.2.8. **Планова стаціонарна допомога** – надання стаціонарної медичної допомоги Страхувальнику/Застрахованій особі за направленням лікаря встановленої форми у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній медичній допомозі за життєвими показаннями. Планова госпіталізація здійснюється виключно в робочі дні згідно з графіком роботи лікувального закладу та протягом 1-3 діб з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем поліклініки.

9.2.9. **Екстрена медична послуга** – комплекс невідкладних медичних заходів при невідкладних станах, спрямованих на врятування життя та здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи.

9.2.10. **Невідкладні стани** – стани, що реально загрожують життю, а саме: глибокі порушення дихання та серцевої діяльності, в тому числі на тлі повної або часткової втрати свідомості, відсутності реакції на зовнішні подразники, коматозні стани, колапс, анафілактичний шок, гострий живіт, ураження електричним струмом, утоплення, удушення, термічні та хімічні опіки – та вимагають реанімаційних заходів та/або заходів інтенсивної терапії або хірургічного втручання.

9.2.11. **Медична послуга в умовах денного стаціонару** – медична послуга, що надається в умовах стаціонарних або амбулаторних відділень медичних закладів у денний час, що потребує

проведення маніпуляцій (внутрішньовенних ін'єкцій, інфузій та ін.) за умови відсутності показів до цілодобового лікарського спостереження.

**9.2.12. Медична послуга в умовах поліклініки** – медична послуга, що надається Страхувальнику/Застрахованій особі в умовах поліклініки, медико-санітарної частини, амбулаторії при настанні події, що має ознаки страхового випадку, коли Страхувальник/Застрахована особа не потребує отримання медичних послуг в умовах стаціонару та/або денного стаціонару.

**9.2.13. Медична послуга в умовах стаціонару** – медична послуга, надана в умовах стаціонарних відділень медичних закладів при гострих захворюваннях, загостреннях хронічних захворювань, травмах та станах, що потребують цілодобового спеціалізованого медичного спостереження.

**9.2.14. Високовитратні методи обстеження та/або лікування** – за цим Договором високовитратними методами обстеження та/або лікування вважаються такі види медичної діагностики та/або лікування (в т.ч. медикаментозного лікування) вартість яких дорівнює або перевищує 1 000 (одну тисячу) гривень.

**9.2.15. Основний діагноз** – діагноз, що чітко зазначений як основний у виписці із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого, а у разі, якщо основний діагноз у виписці чітко не зазначений, основним діагнозом визнається перший діагноз із зазначених діагнозів в переліку встановлених діагнозів, що вказані у медичній документації.

**9.2.16. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик здійснює страхову виплату за медичні послуги, які надаються Страхувальнику/Застрахованій особі у порядку та на умовах цього Договору. За Програмою добровільного медичного страхування в межах страхової суми можуть бути встановлені страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за певними видами медичних послуг та/або встановлені страхові суми на один страховий випадок. Страхова сума на один страховий випадок – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні одного страхового випадку.

**9.2.16.1.** Страхова сума (ліміт відповідальності Страховика) встановлюються на один Страховий рік та зазначена в Програмі добровільного медичного страхування (Додаток № 1 до цього Договору). Після здійснення страхової виплати страхова сума за цим Договором та відповідний ліміт відповідальності Страховика зменшується на розмір здійсненої страхової виплати. Якщо протягом Страхового року розмір страхових виплат досягне розміру страхової суми за цим Договором або досягне розміру страхової суми (ліміту відповідальності Страховика) за певним видом медичних послуг, то цей Договір припиняє свою дію в цілому або у відповідній частині і відповідні медичні послуги за рахунок Страховика не оплачуються.

**9.2.17. Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

**9.2.18. Страховий рік** – період, що триває 365 днів починаючи з моменту набрання чинності Договором, а також з моменту кожного продовження строку дії Договору;

**9.2.19. Програма добровільного медичного страхування** – викладені у формі додатку умови Договору, що визначають обсяг медичних послуг, які оплачуються Страховиком на умовах цього Договору, та відповідні до цих умов страхові суми, в межах яких здійснюються страхові виплати при настанні страхових випадків.

## **10. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

10.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону України, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи.

## **11. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

11.1. Страховим випадком вважається передбачена умовами цього Договору подія, яка відбулася протягом строку дії цього Договору і з настанням якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату у порядку та на умовах цього Договору.

11.2. Страховим випадком за цим Договором є подія, що відбулась під час дії Договору, пов'язана з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншими наслідками нещасного випадку (надалі – захворювання), що призвела до втрати працездатності Застрахованою особою та потребує отримання Страхувальником/Застрахованою особою медичних послуг, передбачених Договором та Програмою добровільного медичного страхування.

11.2.1. Програма добровільного медичного страхування може містити певні визначення та/або положення, що розширюють перелік подій, які можуть визнаватися страховим випадком.

## **12. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

12.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком при настанні страхового випадку у відповідності до умов Договору.

12.2. Розмір страхової виплати визначається умовами Договору та Програми добровільного медичного страхування.

12.3. Оплата вартості Медичних послуг, отриманих Страхувальником/Застрахованою особою, здійснюється Страховиком Надавачам, з якими Страховик має договірні відносини та які надавали медичні послуги Страхувальнику/Застрахованій особі у зв'язку із настанням страхового випадку на умовах Програми добровільного медичного страхування.

12.4. У разі отримання Страхувальником/Застрахованою особою медичної послуги не в Базовому медичному закладі (при настанні страхового випадку) страхова виплата здійснюється безпосередньо Страхувальнику/Застрахованій особі за умови обов'язкового попереднього погодження можливості отримання медичної послуги зі Страховиком. В цьому випадку страхова виплата здійснюється при наданні Страхувальником/Застрахованою особою Страховикові наступних документів:

12.4.1. заяви про страхову виплату (за формою Страховика);

12.4.2. копії листка тимчасової непрацездатності (для працівників та працюючих пенсіонерів);

12.4.3. копії виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого із зазначенням профілю відділення, основного клінічного діагнозу, тривалості лікування (перебування на ліжку), діагностичних досліджень та проведеного лікування, завіреної печаткою медичного закладу;

12.4.4. оригіналів платіжних документів (фіскальних чеків та, за вимогою Страховика, в разі необхідності підтвердження фактично понесених витрат, відповідних їм товарних чеків, накладних, квитанцій, приходно-касових ордерів), які підтверджують понесені витрати за період амбулаторного/стаціонарного лікування;

12.4.5. копії паспорта (1, 2 сторінка та сторінка з інформацією про місце реєстрації);

12.4.6. копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Страхувальнику/Застрахованій особі (у випадках відсутності такої довідки, у відповідності до вимог діючого законодавства України, надається копія сторінки паспорта з відповідною відміткою);

12.4.7. копії пенсійного посвідчення (для пенсіонерів);

12.4.8. копії Договору страхування (першої сторінки);

12.4.9. інших документів, на вимогу Страховика (листків лікарських призначень, завірених належним чином, реєстраційних документів суб'єктів підприємницької діяльності: свідоцтво про реєстрацію, ліцензії, витяг з єдиного державного реєстру тощо).

12.5. Документи, зазначені в п. 12.4., повинні бути надані Страхувальником/Застрахованою особою Страховику в строк, не пізніше 90 (дев'яносто) календарних днів з дати закінчення кожного заявленого лікування. Якщо надані Страхувальником/Застрахованою особою документи не відповідають вимогам п.12.4 цього Договору, то Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника/Застраховану особу. Після отримання такого повідомлення Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана протягом 30 (тридцяти) календарних днів надати документи, зазначені в повідомленні (листі) від Страховика. У випадку невиконання цих вимог Страховик має право повністю відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у страховій виплаті.

12.6. Страхова виплата Надавачам здійснюється Страховиком у терміни та в порядку, передбачених відповідними Договорами, укладеними Страховиком з такими Надавачами.

12.7. В разі здійснення страхової виплати безпосередньо Страхувальнику/Застрахованій особі Страховик здійснює страхову виплату протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дати отримання Страховиком усіх необхідних документів, визначених умовами п.12.4 цього Договору або у цей же термін Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про відтермінування у страховій виплаті згідно п.12.8. цього Договору страхування або відмову з обґрунтуванням причин відтермінування або відмови у страховій виплаті.

12.8. При виникненні обґрунтованих сумнівів щодо достовірності інформації, яка надається Страховику, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у страховій виплаті може бути відтерміновано Страховиком на строк до 45 (сорока п'яти) робочих днів для з'ясування факту настання та обставин події, що має ознаки страхового випадку.

12.9. Страхова виплата здійснюється за умови настання страхового випадку та виключно за Медичні послуги, отримані Страхувальником/Застрахованою особою відповідно до встановленого основного діагнозу.

### **13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

13.1. Страхувальник/Застрахована особа має право:

13.1.1. на отримання страхової виплати у порядку та на умовах цього Договору;

13.1.2. ініціювати внесення змін до Договору відповідно до умов цього Договору;

13.1.3. ініціювати дострокове припинення дії Договору відповідно до умов Договору;

13.1.4. на отримання консультацій фахівців Страховика з питань медичного страхування та пояснення умов цього Договору.

13.2. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язана:

13.2.1. своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі відповідно до умов цього Договору;

13.2.2. повідомити Страховика засобами телефонного (тел.: **0 800 501 868 (безкоштовна лінія)**) або електронного зв'язку (e-mail: [raritet@raritet.net.ua](mailto:raritet@raritet.net.ua); Viber: **(095) 286 59 58**) про настання події, що може мати ознаки страхового випадку негайно в строк до 48 годин з моменту настання такої події (або пізніше – як це тільки стане можливим – за умови наявності поважних причин чи обставин непереборної сили), за виключенням вихідних та святкових днів. Поважною причиною є перебування Страхувальника/Застрахованої особи в стані, який загрожує життю, і не дозволяє за допомогою родичів чи близьких здійснити таке повідомлення. Повідомлення також може бути здійснене іншою особою та/або представником Страхувальника/Застрахованої особи;

13.2.3. надати Страховику повну достовірну інформацію, що має істотне значення для оцінки ризику настання страхового випадку, а також надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну такого ризику;

13.2.4. погоджувати зі Страховиком призначені лікуючим лікарем високовитратні (понад 1 000,00 (одну тисячу грн.) методи обстеження (КТ, МРТ в. т.ч. з контрастуванням, коронарорентрикулографія, аортокоронарорентрикулографія, ангиографія, радіоізотопна діагностика тощо), якщо вони передбачені умовами Договору страхування.

13.2.5. погоджувати із Страховиком можливість отримання медичних послуг не в Базовому медичному закладі;

13.2.6. при самостійній сплаті вартості медичних послуг та/або медикаментів надати Страховику документи, зазначені в п.12.4. цього Договору страхування та в строк, передбачений п. 12.5. Договору страхування;

13.2.7. не створювати навмисного ризику втрати свого здоров'я;

13.2.8. достовірно інформувати Надавача та Страховика про стан свого здоров'я та можливі існуючі ризики його втрати;

13.2.9. в разі настання страхового випадку виконувати призначення лікаря та дотримуватись правил внутрішнього розпорядку медичного закладу;

13.2.10. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

13.2.11. забезпечити збереження цього Договору страхування і не передавати його іншим особам з метою отримання ними медичних послуг. Сповіщати Страховика протягом строку дії Договору страхування про зміну імені, адреси та інших договірних реквізитів, які мають відношення до Страхувальника/Застрахованої особи.

13.3. Страховик має право:

13.3.1. перевіряти достовірність наданої Страхувальником/Застрахованою особою інформації та контролювати виконання Страхувальником/Застрахованою особою вимог і умов цього Договору страхування;

13.3.2. вимагати медичного обстеження Страхувальника/Застрахованої особи з метою визначення її стану здоров'я;

13.3.3. у разі збільшення ступеня ризику настання страхового випадку ініціювати зміну Програми (Програм) добровільного медичного страхування, яка є додатком до Договору страхування. У разі незгоди Страхувальника/Застрахованої особи зі зміною умов Договору страхування Страховик має право ініціювати дострокове припинення Договору страхування;

13.3.4. приймати рішення про визнання або невизнання страховим випадком події, що відповідно до умов Договору страхування має ознаки страхового випадку;

13.3.5. припинити виконання своїх зобов'язань щодо здійснення страхових виплат у разі несплати Страхувальником/Застрахованою особою страхового платежу у розмірі та порядку, визначеному умовами Договору страхування;

13.3.6. припинити дію Договору у разі несплати Страхувальником/Застрахованою особою страхових платежів у встановлені цим Договором страхування строки;

13.3.7. відмовити у страховій виплаті або відтермінувати згідно п.12.8 цього Договору страхування страхову виплату.

13.4. Страховик зобов'язаний:

13.4.1. ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами Договору та Правилами страхування;

13.4.2. видати Страхувальнику/Застрахованій особі примірник Договору страхування;

13.4.3. 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;

13.4.4. після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, передбачених цим Договором, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати у строк відповідно до умов Договору;

13.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу та їх майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

13.4.6. контролювати обсяг, вартість, терміни надання медичних послуг Надавачами відповідно до Правил страхування та умов цього Договору.

#### **14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

14.1. Страховик не здійснює страхову виплату у разі лікування та обстеження:

14.1.1. хронічних персистуючих інфекцій, паразитарних інфекцій, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом згідно класифікації ВООЗ (хламідіоз, трихомоноз, гарднерельоз, мікоплазмоз, анальний, генітальний герпес та ін.);

14.1.2. хронічних дерматозів (псоріаз, нейродерміт, екзема, вітиліго, atopічний дерматит, себорейний дерматит, aloпеція, оніходистрофія та інші), мікозів шкіри, волосся та нігтів, вугрової хвороби, демодекозу;

14.1.3. ВІЛ-інфекції, підтверджених імунодефіцитних станів;

14.1.4. спадкових захворювань, вроджених та набутих вад розвитку;

14.1.5. цирозів печінки, гепатозів, стеатозів, хронічних гепатитів будь-якої етіології та гострих форм інфекційних гепатитів (окрім гепатитів А і Е);

14.1.6. цукрового діабету в умовах стаціонару (крім вперше виявленого в період дії Договору та коматозних станів за узгодженням зі Страховиком);

14.1.7. онкологічного захворювання (якщо інше не передбачено Програмою добровільного медичного страхування);

14.1.8. туберкульозу, муковісцидозу, остеомієліту (якщо інше не передбачено Програмою страхування);

14.1.9. хронічної ниркової недостатності, що потребує проведення позаниркового очищення крові (штучної нирки);

14.1.10. системних захворювань сполучної тканини (системний червоний вовчак, васкуліт, склеродермія тощо), системних демієлінізуючих хвороб (в т. ч. розсіяний склероз);

14.1.11. психічних захворювань/ психічних розладів та їх ускладнень, пограничних станів, а також будь-яких травм та соматичних захворювань, що виникли внаслідок захворювань чи розладів психічної природи, якщо інше не передбачене Програмою добровільного медичного страхування, за винятком психоневрологічних захворювань за умови погодження їх лікування зі Страховиком та здійснення лікування у Базових медичних закладах;

14.1.12. захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем і його сурогатами, наркотичними та токсичними речовинами, а також травм, опіків та отруень, що отримані Страхувальником/Застрахованою особою у стані чи в результаті алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння;

14.1.13. захворювань на особливо небезпечні інфекції, пов'язані з масовими епідеміями, що потребують введення комплексу карантинних заходів (холера, чума, віспа, туляремія, сибірська виразка, гемолітична лихоманка тощо);

14.1.14. травми, отриманої Страхувальником/Застрахованою особою при керуванні будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, чи без відповідних документів при керуванні будь-яким транспортним засобом, а також у тому випадку, якщо Страхувальник/Застрахована особа передала керування особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або яка не мала відповідних документів при керуванні будь-яким транспортним засобом;

14.1.15. будь-яких розладів стану здоров'я внаслідок спроби самогубства, навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень, самолікування, травм, які отримані від третіх осіб у відповідь на акт агресії Страхувальника/Застрахованої особи, крім дій Страхувальника/Застрахованої особи, пов'язаних з виконанням ними 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;

14.1.16. ятрогенні захворювання;

14.1.17. гострих захворювань, травм та інших ушкоджень організму, які є наслідками виділення ядерної енергії та радіоактивного опромінення;

14.1.18. травм, захворювань та інших ушкоджень організму, які сталися у період дії цього Договору, але стали прямим наслідком форс-мажорних обставин (військових дій, війни, тероризму, окупації території, акту агресії, збройних інцидентів, громадянської війни, заколоту, революції, повстання, бунту, страйку, локауту, громадського безладу, масових заворушень, військового перевороту або узурпації влади, саботажу з боку груп або окремих осіб, що діють від імені політичних організацій або взаємодіючих із ними, змови проти існуючого де-юре або де-факто уряду або якогось органу влади);

14.1.19. хронічних вікових дегенеративно-дистрофічних процесів та їх наслідків (остеохондроз, остеоартроз, остеопороз, міжхребцеві грижі (окрім хірургічного лікування), макулодистрофія, хвороба Бехтерева, кардіосклероз, кардіоміопатія (міокардіодистрофія), ВСД, НЦД, ДЕП, викривлення носової перетинки, подагра, вальгусна деформація поза стадією загострення, застаріле пошкодження меніску);

14.1.20. реабілітаційного та/чи відновного лікування в умовах стаціонару (денного стаціонару), санаторно-курортного лікування; амбулаторного лікування після стаціонарного в межах Програми добровільного медичного страхування, яке триває більше 14 (чотирнадцяти) календарних днів;

14.1.21. отримання медичних послуг в умовах стаціонару з метою лікування загострень хронічних захворювань понад 21 день протягом одного страхового року;

14.1.22. госпіталізації з метою діагностичного обстеження або при направленні на ЛЕК, МСЕК, профілактичних оглядів.

14.2. Страховик не оплачує вартість (якщо інше не передбачено Програмою добровільного медичного страхування):

14.2.1. штучного переривання вагітності (за винятком змушеного штучного переривання вагітності за медичними показаннями);

14.2.2. лікування хронічних захворювань поза стадією їх загострення;

14.2.3. лікування безпліддя, імпотенції, штучного запліднення, стерилізації, підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення внутрішньоматкових засобів, в тому числі з лікувальною метою), проведення інших будь-яких заходів щодо регулювання дітонородження та/чи порушень статевої функції; лікування мастопатії, фіброміоми матки (окрім хірургічного), ендометріозу, ерозії та дисплазії шийки матки в умовах стаціонару;

14.2.4. ведення вагітності в т.ч. патологічної, планова госпіталізація з метою підготовки до пологів (окрім термінових пологів в термін 37-42 тижні та передчасних в термін 28-36 тижнів);

14.2.5. модифікації людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі такі як хірургічна зміна статі, лікування ожиріння або зміни маси тіла;

14.2.6. лазерної, пластичної, косметичної хірургії (за винятком відновлення та/або корекції після нещасного випадку, що стався в період дії Договору), кріотерапії, кріохірургії;

14.2.7. видалення бородавок, папілом, кондилом, атером, ліпом, невусів, гігром, холязіонів, панариціїв, пароніхіїв, видалення врослих нігтів в умовах стаціонару за винятком ускладнених випадків, лікування контрактур кистів, забоїв, гематом;

14.2.8. коригуючих хірургічних операцій ока (окрім медикаментозного забезпечення відповідно до умов Договору), лікування патології ока, що потребує застосування «штучної сльози», синдрому «сухого ока», «комп'ютерного синдрому», катаракти, короткозорості, далекозорості, макулодистрофії;

14.2.9. використання та підгонки коригуючих медичних пристроїв або пристосувань (окулярів, контактних лінз, силіконів, слухових пристроїв, імплантантів, штучних суглобів, клапанів, сіток, пристроїв та пристосувань для проведення оперативних втручань тощо);

14.2.10. протезування всіх видів (окрім медикаментозного забезпечення відповідно до умов Договору);

14.2.11. трансплантації органів або тканин (якщо інше не передбачено Програмою добровільного медичного страхування);

14.2.12. лікування методами нетрадиційної медицини (гірудотерапії, фітотерапії, мануальної терапії, психотерапії тощо), гемотрансфузії, плазмофорез.

14.2.13. фізіотерапевтичних процедур, лікувального та інших видів масажу (якщо інше не передбачено Програмою добровільного медичного страхування);

14.2.14. медикаментів, придбаних до початку перебування/лікування в умовах стаціонару/денного стаціонару/амбулаторії;

14.2.15. лікування, що є за характером експериментальним (пов'язаним з апробацією методик, ліків) або дослідницьким.

14.3. Страховик не оплачує та не відшкодовує вартість (якщо інше не передбачено Програмою добровільного медичного страхування):

14.3.1. медикаментів, які не призначені лікуючим лікарем та/або не зареєстровані на території України;

14.3.2. медичних послуг та/або медикаментів, які призначалися для діагностики та/або лікування розладів здоров'я не за основним діагнозом Страхувальника/Застрахованої особи та які не відображені в наданій медичній документації;

14.3.3. консультацій лікарів суміжних спеціальностей, призначені ними будь-які діагностичні обстеження та/або медикаменти після встановлення остаточного основного діагнозу;

14.3.4. альтернативних консультацій та пов'язаних з ними діагностичних обстежень та лікування;

14.3.5. медикаментів для підтримуючого лікування, що зазначені в медичній документації в розділі «Лікувальні і трудові рекомендації»;

14.3.6. гомеопатичних та фітопрепаратів, харчових та біологічноактивних добавок, муміє, ензимів загальної дії (ферментні препарати в т.ч. каріпаїн тощо), пробіотиків, пребіотиків (клітчатка, лактулоза тощо), гепатопротекторів, хондропротекторів, препаратів кальцію, гормональних препаратів замісної терапії (утрожестан, золадекс тощо), полівітамінних препаратів, препаратів для систематичного (постійного) та/або профілактичного застосування, препаратів крові, факторів росту (айлія тощо), простагландинів (ВАП-20 тощо), проносних засобів (клізми);

14.3.7. косметичні засоби, засоби гігієни та догляду (милиці, еластичні бинти, сечо- та кало приймачі, пробірки, пелюшки, серветки, рушники, мазі, креми, гелі тощо), спеціальний медичний одяг для медичного персоналу;

14.3.8. благодійних внесків, страхових платежів іншим страховим компаніям, лікарських засобів, що надаються Страхувальнику/Застрахованій особі за державними програмами;

14.3.9. витрати на надання додаткового комфорту (палати підвищеного комфорту, додаткове харчування тощо);

14.3.10. витрат на медичні послуги та/або медикаменти у випадку відсутності у Страхувальника/Застрахованої особи листа тимчасової непрацездатності (для працюючих осіб);

14.3.11. моральні збитки та упущену вигоду.

14.4. Страховик не здійснює страхову виплату у разі:

14.4.1. отримання медичної послуги Страхувальником/Застрахованою особою без повідомлення Страховика про настання страхового випадку у строки, встановлені п.13.2.2. Договору страхування, або без погодження зі Страховиком та/або не передбаченого умовами Договору;

14.4.2. призупинення дії Договору в частині зобов'язань Страховика здійснювати страхові виплати;

14.4.3. закінчення строку дії Договору, в тому числі при достроковому припиненні його дії.

14.5. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

14.5.1. навмисні дії Страхувальника/Застрахованої особи, спрямовані на настання подій, що мають ознаки страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними 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;

14.5.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину або інших протиправних дій, що призвели до подій, які мають ознаки страхового випадку;

14.5.3. подання Страхувальником/Застрахованою особою та/або Надавачем свідомо неправдивих відомостей про предмет страхування, стан здоров'я або про факт настання страхового випадку;

14.5.4. не надання Страхувальником/Застрахованою особою Страховику всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків або надання таких документів із порушенням строків, передбачених цим Договором (п.12.4, п.12.5.);

14.5.5. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страховика Страхувальником/Застрахованою особою про подію, що має ознаки страхового випадку без поважних на це причин (пов'язаних з невідкладним станом здоров'я) або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків, спричинених такою подією;

14.5.6. непогодження зі Страховиком призначених високовитратних (понад 1 000,00 (одну тисячу) грн) методів обстеження, якщо вони передбачені умовами Договору;

14.5.7. порушення режиму лікування, відмови від призначеного курсу лікування, відмови Страхувальника/Застрахованої особи від медичної консультації та/або обстеження, ініційованих Страховиком відповідно до умов цього Договору.

## **15. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

15.1. Зміна умов Договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника/Застрахованої особи і Страховика та за попереднім погодженням Страховиком таких змін з Повіреном-Філією «Вокзальна компанія» АТ «Українська залізниця» за Договором доручення з організації добровільного медичного страхування працівників на підставі заяви однієї із Сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви другою Стороною та оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.

15.2. Зміна Програми (Програм) добровільного медичного страхування здійснюється за згодою Страхувальника/Застрахованої особи і Страховика та за попереднім погодженням Страховиком таких змін з Повіреном-Філією «Вокзальна компанія» АТ «Українська залізниця» за Договором доручення з організації добровільного медичного страхування працівників і оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.

15.3. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за два тижні до запропонованого терміну внесення змін, але не раніше закінчення відповідного сплаченого періоду.

15.4. З моменту отримання Заяви однією Стороною до моменту прийняття за згодою Сторін рішення про зміну умов Договору страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

15.5. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

15.5.1. закінчення строку дії Договору;

15.5.2. несплати Страхувальником/Застрахованою особою страхового платежу або його частини (ненадходження) на розрахунковий рахунок Страховика у встановлені Договором строки;

15.5.3. невиконання/несвоєчасного виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою;

15.5.4. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою;

15.5.5. смерті Страхувальника/Застрахованої особи;

15.5.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

15.5.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.6. Страховик має право достроково розірвати Договір у випадках:

15.6.1. коли Страхувальник/Застрахована особа заперечує проти зміни умов Договору та відмовляється від доплати страхового платежу при зміні ступеня ризику настання страхового випадку або збільшенні розміру можливого збитку від його настання;

15.6.2. надання Страхувальником/Застрахованою особою недостовірних даних щодо предмету страхування, ступеню ризику настання страхового випадку;

15.6.3. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених цим Договором;

15.7. Про намір достроково припинити дію цього Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу Сторону не пізніше як за 10 (десять) календарних днів до дати припинення дії Договору з обґрунтуванням причин відмови.

15.8. При достроковому припиненні Договору розрахунки Сторін здійснюються наступним чином:

15.8.1. у разі дострокового припинення дії цього Договору з ініціативи Страхувальника/Застрахованої особи, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (їх частин), що були здійснені за цим Договором. Повернення сплачених Страхувальником/Застрахованою особою страхових платежів у цьому випадку здійснюється Страховиком після дати дострокового припинення дії Договору протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком останнього з рахунків Надавачів медичних послуг, в яких проводилось обслуговування Страхувальників/Застрахованих осіб на умовах цього Договору. Якщо вимога Страхувальника/Застрахованої особи обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику/Застрахованій особі фактично сплачені ним страхові платежі повністю;

15.8.2. у разі дострокового припинення дії цього Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику/Застрахованій особі повертаються повністю фактично сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником/Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум (їх частин), що були здійснені за цим Договором.

15.9. У разі несплати Страхувальником/Застрахованою особою страхового платежу у визначений цим Договором строк, дія цього Договору, в частині зобов'язань Страховика щодо здійснення



страхових виплат, призупиняється з 00:00 годин дня, наступного за днем визначеним як останній день сплати страхового платежу. При цьому інші умови Договору, в тому числі і в частині зобов'язань Страхувальника/Застрахованої особи сплачувати страхові платежі, залишаються в силі.

15.10. Дія цього Договору, в частині зобов'язань Страховика щодо здійснення страхових виплат поновлюється з 00:00 годин дня, наступного за днем отримання Страховиком страхового платежу, що не надійшов у встановлений цим Договору строк.

15.11. Страховик не здійснює страхових виплат за страховими випадками, що сталися в період припинення дії Договору в частині зобов'язань Страховика щодо здійснення страхових виплат.

## **16. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

16.1. За невиконання зобов'язань, передбачених умовами цього Договору, Сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

16.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати з вини Страховика, в разі отримання страхової виплати безпосередньо Страхувальником/Застрахованою особою (представником або її спадкоємцем), Страховик сплачує такій особі пеню у розмірі 0,01% від суми простроченої страхової виплати за кожен день затримки, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період, за який нарахована пеня.

16.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання умов Договору у випадку, якщо таке невиконання сталося внаслідок дії форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили: стихійного лиха, пожежі, війни та інших подій, що не залежать від волі Сторін). Сторона, яка не може виконати умови Договору через виникнення форс-мажорних обставин, повинна повідомити про це іншу Сторону. Належним доказом виникнення форс-мажорних обставин є довідка, видана відповідним уповноваженим державним органом.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

17.1. Всі спори між Сторонами щодо виконання умов Договору вирішуються шляхом проведення переговорів, а у разі неможливості вирішення спору в результаті переговорів такий спір вирішується у судовому порядку, передбаченому діючим законодавством України.

## **18. ІНШІ УМОВИ**

18.1. Положення цього Договору є пріоритетними щодо відповідних положень Правил страхування. При розбіжностях між положеннями Правил страхування та положеннями цього Договору, використовуються положення цього Договору. При розбіжностях між положеннями Програми добровільного медичного страхування та положеннями цього Договору, використовуються положення Програми добровільного медичного страхування.

18.2. В разі виникнення випадків, не врегульованих умовами цього Договору, Сторони керуються вимогами чинного законодавства України та Правилами страхування.

18.3. Оподаткування Страховика здійснюється відповідно до вимог Податкового кодексу України.

18.4. Сторони досягли згоди, що умови цього Договору є конфіденційними та не можуть бути передані третім особам без попереднього письмового погодження іншої Сторони, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

18.5. Підписанням даного Договору страхування Страхувальник/Застрахована особа підтверджує факт ознайомлення з Правилами страхування та Програмою добровільного медичного страхування.

18.6. Страхувальник/Застрахована особа надає дозвіл та уповноважує Страховика робити запити щодо Страхувальника/Застрахованої особи про відомості, пов'язані із страховим випадком до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

18.7. Страхувальник/Застрахована особа надає дозвіл на обробку своїх персональних даних у відповідності до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

18.8. Цей Договір складено українською мовою в двох примірниках, кожний з яких має однакову юридичну силу.

18.9. Територія дії Договору – територія України за виключенням тимчасово окупованих територій автономної республіки Крим та міста Севастополь, території проведення антитерористичної операції, а також тимчасово неконтрольованих територій Донецької та Луганської областей на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі повноваження, передбачені законодавством України.

18.10. Невід'ємною частиною цього Договору є:

18.10.1. Додаток 1 – Програма добровільного медичного страхування;

18.10.2. Заява про укладення договору добровільного медичного страхування.