

## ДОГОВІР

### ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я) №02/ДМС/ФО

м. Полтава

Дата оферти 22.07.2021 р.

**СТРАХОВИК – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СААМАНДРА»**, Ліцензія на здійснення добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) згідно Розпорядження Нацкомфінпослуг № 555 від 15.03.2016 р.

**СТРАХУВАЛЬНИК** – Страхувальником за цим Договором є особа, яка приєдналась до цього Договору в порядку, передбаченому статтею 634 ЦКУ, підписавши Страховий поліс, в порядку передбаченому цим Договором. Інформація (прізвище, ім'я, по-батькові, адреса та дата народження) про Страхувальника зазначається в Страховому полісі.

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

- 1.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеного Страхувальником в Страховому полісі за її згодою.
- 1.2. Застрахованою особою (далі – Застрахованим) за цим Договором є фізична особа-громадянин України.
- 1.3. На умовах цього Договору не можуть бути Застрахованими:
  - 1.3.1. особи у віці молодше 1 року, а також особи віком 65 років і старше;
  - 1.3.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних та інших диспансерах;
  - 1.3.3. інваліди будь якої групи, в тому числі інваліди дитинства.

#### 2. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Цей Договір укладається відповідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 0380904 від 05.06.2008 р. (далі – Правила).
- 2.2. Акцептуючи цю Оферту, Страхувальник підтверджує, що ознайомлений з Правилами.

#### 3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 3.1. Страховим випадком є звернення Застрахованого до Медичного закладу протягом строку дії Договору у зв'язку з настанням страхового(-их) ризику(-ів), з переліку, наведеного у п. 3.2. Договору, які відбулися протягом строку дії Договору та потребують надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування та Договором.
- 3.2. Перелік страхових ризиків:
  - 3.2.1. гостре захворювання;
  - 3.2.2. загострення хронічного захворювання;
  - 3.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;
  - 3.2.4. інші випадки, передбачені Програмою страхування.

#### 4. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ СПЛАТИ

- 4.1. Страхова сума, страховий тариф та страховий платіж, а також строк сплати страхового платежу за Договором встановлюється у Страховому полісі відповідно до обраної Програми страхування.

- 4.2. Після виплати страхового відшкодування, страхова сума зменшується на суму виплаченого страхового відшкодування.

## 5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

- 5.1. Договір страхування укладається строком на 1 (один) календарний рік. Строк дії Договору по відношенню до кожного Застрахованого визначається Полісом.
- 5.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної у Страховому полісі, як дата початку строку дії Договору, але не раніше дати, наступної за датою надходження страхового платежу на банківський рахунок Страховика, та діє до 00 годин 00 хвилин дати, вказаної як дата закінчення строку дії Договору, якщо не відбулось дострокового припинення його дії.
- 5.3. В разі несплати чергової частки страхового платежу у встановлений в Страховому полісі строк, Страховик не несе відповідальності за Договором у неоплачений Страхувальником період страхування. Відповідальність Страховика на відповідний період страхування поновлюється з дати, наступної за датою надходження відповідної частки страхового платежу та діє до дати закінчення такого періоду страхування, за умови попереднього погодження його сплати з Страховиком.

## 6. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 6.1. Договір діє на території України, за винятком території АР Крим, а також населених пунктів, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення, перелік яких наведено у Розпорядженні КМУ №1085-р від 07.11.2014 р. зі змінами та доповненнями.

## 7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

- 7.1. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика укласти Договір (Оферти) і прийняття пропозиції (Акцепту) Страхувальником.
- 7.2. Текст цього Договору, розміщений у мережі Інтернет на офіційному веб-сайті Страховика за посиланням [https://www.salamandra.ua/offer/dms\\_individual\\_offline.pdf](https://www.salamandra.ua/offer/dms_individual_offline.pdf) є Офертою в розумінні ч. 1 ст. 634 Цивільного кодексу України.
- 7.3. Оферта складається та підписується Страховиком в електронній формі в одному екземплярі та зберігається у Страховика. Оферта розміщена у вільному доступі на офіційному веб-сайті Страховика.
- 7.4. Оферта містить усі істотні умови, передбачені законодавством для договорів страхування, та виражає намір Страховика вважати себе зобов'язаною у разі прийняття Оферти Страхувальником.
- 7.5. Перед укладенням Договору Страхувальник повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правилами, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних.
- 7.6. Повний та безумовний акцепт Страхувальником умов Оферти полягає в здійсненні Страхувальником наступних конклюдентних дій, спрямованих на отримання страхових послуг Страховика: підписання Страхувальником Страхового полісу та сплата страхового платежу в повному обсязі (першої частини платежу – у разі сплати страхового платежу частинами) на поточний банківський рахунок Страховика.
- 7.7. Страховий поліс одночасно є заявою Страхувальника (Акцептом), що містить заявлені ним та погоджені Сторонами Договору умови страхування.

- 7.8. Страхувальний поліс складається в письмовій формі у двох оригінальних примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться по одному у кожній із Сторін.
- 7.9. Підписаний Сторонами Страхувальний поліс посвідчує факт укладання Договору.
- 7.10. Договір складається з Оферти та Страхувального поліса і вважається укладеним в письмовій формі, відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування».

## **8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОГО В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 8.1. У разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, Застрахований невідкладно (до моменту звернення в Медичний заклад) зобов'язаний повідомити Страховика за телефоном **0 800 500 209** (цілодобово, безкоштовно) та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, та іншу інформацію на вимогу представника Страховика, та надалі виконувати вказівки та рекомендації, надані представником Страховика.
- 8.1.1. Після отримання повідомлення, Страховик, в разі визнання випадку страховим, організовує та оплачує надання Застрахованому необхідної медичної допомоги та послуг, передбачених обраною Програмою страхування, в Медичних закладах відповідного класу обслуговування.
- 8.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 8.2. цього Договору.
- 8.2. Самостійне звернення Застрахованого в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованому) допускається лише:
- 8.2.1. в екстрених випадках (при станах здоров'я Застрахованого, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика про випадок до моменту звернення в медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість;
- 8.2.2. в планових випадках, коли Застрахований своєчасно повідомив Страховика, але в регіоні де знаходиться Застрахований, у Страховика відсутні договірні відносини з медичними закладами відповідного профілю та/або неможливе надання відповідних послуг, за умови, що Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованим такої медичної допомоги та/або послуг передбачених обраною Програмою страхування;
- 8.3. Повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку, від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованого не дозволяє йому це зробити самостійно.
- 8.4. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медичні послуги Застрахованому надаються за умови пред'явлення Картки Застрахованого, виданої Страховиком, та документа, що посвідчує його особу.
- 8.5. У разі неможливості Застрахованого з'явитись на призначений прийом до лікаря (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста тощо), Застрахований зобов'язаний не пізніше, ніж за 2 (дві) години до призначеного прийому у лікаря, попередити Страховика про неможливість з'явитись на призначений прийом. В разі повідомлення пізніше, ніж за 2 (дві) години,

або неповідомлення послуга вважається наданою, а оплата вартості наступної такої послуги здійснюється самостійно Застрахованим за рахунок власних коштів.

## 9. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 9.1.** Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за цим Договором, не може перевищувати страхової суми/ліміту, вказаних в обраній Програмі страхування.
- 9.2.** Медична допомога та послуги надаються відповідно до Протоколів лікування МОЗ, діючих на момент їх надання, у Медичних закладах за направленням Страховика (Представника Страховика).
- 9.3.** Перелік медичних закладів кожного класу обслуговування міститься на сайті Страховика за посиланням [https://www.salamandra.ua/List\\_LPU.pdf](https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf) та постійно оновлюється Страховиком залежно від цінової та сервісної політики медичних закладів. При визначенні Медичного закладу, що надаватиме Застрахованому медичну допомогу, Страховик керується списком медичних закладів за вказаним вище посиланням на дату настання страхового випадку.
- 9.4.** Перелік документів необхідних для здійснення страхової виплати визначається:
- 9.4.1. у разі організації та оплати медичної допомоги та послуг Страховиком – договорами Страховика з медичними закладами;
- 9.4.2. у разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованого – згідно з переліком, зазначеним на сайті Страховика за посиланням [https://www.salamandra.ua/ListOfDocuments-ForPaymentDMS\\_FF.pdf](https://www.salamandra.ua/ListOfDocuments-ForPaymentDMS_FF.pdf) в такому випадку збір необхідних документів покладається на Застрахованого). Додатково, при зверненні Застрахованого за телефоном 0 800 500 209 (цілодобово, безкоштовно), Страховик консулює Застрахованого щодо такого переліку документів.
- 9.5.** В разі подання документів Застрахованим самостійно згідно з цим Договором – усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо здійснення страхового відшкодування, Застрахований повинен надати не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування.
- 9.6.** Строк прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті страхового відшкодування становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором. Протягом вказаного строку Страховик:
- 9.6.1. приймає рішення про виплату і оформлює страховий акт із визначенням розміру страхової виплати
- або
- 9.6.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Страхувальника/Застрахованого протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.
- 9.7.** У разі прийняття рішення про виплату страхового відшкодування Страховик здійснює виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання Страховиком страхового акту.
- 9.8.** Строк та порядок здійснення страхових виплат медичним закладам, з якими у Страховика наявні договірні відносини, визначається договорами з такими закладами
- 9.9.** Страхова виплата здійснюється:

- 9.9.1. у разі організації медичної допомоги та послуг Застрахованому Страховиком – в безготівковій формі на рахунок Медичного закладу, в якому Застрахований отримав медичну допомогу та послуги за направленням Страховика;
- 9.9.2. в разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим, за погодженням з Страховиком, – в безготівковій формі на рахунок Застрахованого. Якщо внаслідок страхового випадку за цим Договором настала смерть Застрахованого – компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється спадкоємцям Застрахованого згідно з законодавством, що визначає порядок спадкування.

## **10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

- 10.1.** Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково у разі:
- 10.1.1. подання Страхувальником/Застрахованим неправдивих відомостей про предмет Договору, про факт, обставини або причини настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) з метою отримання медичної допомоги та/або послуг передбачених обраною Програмою страхування;
- 10.1.2. якщо подія пов'язана з перебуванням Застрахованого в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння (у тому числі якщо наслідки та хвороби, викликані такими станами);
- 10.1.3. якщо до випадку призвели навмисні дії Страхувальника/Застрахованого, спрямовані на настання страхового випадку;
- 10.1.4. неповідомлення або несвоєчасного повідомлення Страхувальником/Застрахованим Страховика про настання страхового випадку, зміну ступеня страхового ризику (відомості щодо Застраховану особу, їх стан здоров'я та ін.);
- 10.1.5. надання медичної допомоги та/або послуг іншій особі, що не є Застрахованим за цим Договором;
- 10.1.6. ненадання Застрахованим доступу до медичної документації на запит Страхувальника, створення інших перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 10.1.7. дії обставин непереборної сили суспільного, військового, юридичного характеру (участь в воєнних діях, масових заворушеннях, дія радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення, застосування вибухових речовин, вплив військової зброї будь-яких зразків та способу дії тощо), що призвели до настання страхового випадку;
- 10.1.8. заняття Застрахованим екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо), що призвело до настання страхового випадку;
- 10.1.9. неподання Страхувальником/Застрахованим (в разі компенсації самостійно витрачених коштів) необхідних документів протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати завершення лікування в результаті настання страхового випадку;
- 10.1.10. в разі отримання Застрахованим медичної допомоги та/або послуг, що не передбачені Протоколами лікування МОЗ, та/або не передбачені Програмою страхування, та/або

перевищують встановлені обмеження згідно з Програмою страхування та іншими додатками до Договору;

- 10.1.11. надання медичної допомоги та послуг з приводу гострих захворювань, загострення хронічних захворювань, нещасних випадків, критичних захворювань, які виникли до початку дії Договору, або захворювань, що не є страховими випадками відповідно до цього Договору та Програми страхування;
  - 10.1.12. надання медичної допомоги та послуг після завершення дії Договору, навіть якщо лікування, діагностика, медикаментозне забезпечення або будь-які інші послуги, передбачені Програмою страхування, були призначені під час дії Договору;
  - 10.1.13. одержання медичної допомоги та послуг щодо захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності, їх ускладнення та наслідки;
  - 10.1.14. якщо Застрахований за цим Договором, набув ознаки, яка виключає можливість укладення Договору відповідно до п.3.3. цього Договору, крім випадку досягнення Застрахованим 65 років в період дії Договору;
  - 10.1.15. невиконання та/або порушення Застрахованим призначень лікуючого лікаря (лікування, обстеження та лікарняного режиму), а також в разі відмови Застрахованого проходити обстеження, необхідне для встановлення діагнозу та призначення лікування;
  - 10.1.16. отримання альтернативних консультацій лікаря та дублювання медичних обстежень, якщо інше не передбачено обраною Програмою страхування, за виключенням випадків попереднього погодження надання таких медичних послуг з Страховиком;
  - 10.1.17. невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Застрахованим своїх обов'язків за Договором;
  - 10.1.18. інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, передбачені законом.
- 10.2.** Страховик в будь-якому разі не відшкодовує:
- 10.2.1. витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків;
  - 10.2.2. витрати на консультацію «Сімейного лікаря» та медичну допомогу та послуги, безоплатність яких гарантується державою на ланці первинної допомоги, згідно діючого законодавства України на дату настання страхового випадку;
  - 10.2.3. витрати внаслідок випадків, що сталися поза межами території дії Договору або в неоплачений період дії Договору;
- 10.3.** Страховик відмовляє у здійсненні страхової виплати, якщо випадок підпадає під виключення зі страхових випадків, перелік яких міститься в Додатку 2 до Оферти, та є її невідомою частиною
- 10.4.** Якщо лікарем встановлюється попередній діагноз, при цьому визначене захворювання за цим діагнозом відноситься до виключень за цим Договором, та призначається проведення додаткової діагностики, Застрахований її оплачує самостійно (окрім станів що потребують надання невідкладної медичної допомоги). Якщо за результатами додаткової діагностики встановлено, що захворювання не відноситься до виключень за цим Договором, то Страховик компенсує самостійно витрачені кошти Застрахованого на умовах цього Договору.

- 10.5.** Якщо обставини, що можуть бути підставою для відмови у страховій виплаті, стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати від Застрахованого/Страхувальника повернення виплаченої Страховиком страхової виплати в повному обсязі. Повернення виплаченої Страховиком страхової виплати повинне бути здійснене Застрахованим/Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за банківськими реквізитами, вказаними в такій вимозі.
- 10.6.** Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена Застрахованим/Страхувальником у судовому порядку.

## **11. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

### **11.1. Страховик має право:**

- 11.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені в Страховому полісі;
- 11.1.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованого;
- 11.1.3. залучати третіх осіб для забезпечення цілодобового обслуговування Застрахованого та виконання цього Договору;
- 11.1.4. протягом дії Договору присвоювати та змінювати категорії Медичних закладів залежно від їх цінової та сервісної політики, змінювати перелік Медичних закладів;
- 11.1.5. з'ясувати причини та обставини страхових випадків за Договором будь-якими законними способами, зокрема: отримувати від Застрахованого, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованого, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю;
- 11.1.6. відмовити Страхувальнику/Застрахованому у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього, чинному законодавстві;
- 11.1.7. за наявності сумнівів в достовірності даних про причини/обставини страхового випадку або розміру страхової виплати – відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дати отримання повного пакету документів згідно з цим Договором.

### **11.2. Страховик зобов'язаний:**

- 11.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;
- 11.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до цього Договору;
- 11.2.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 11.2.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, повідомити Страхувальника/Застрахованого в письмовій формі про прийняте рішення не пізніше 10 робочих днів з дати його прийняття;

- 11.2.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, а також про Застрахованого та стан його здоров'я.

### **11.3. Страхувальник має право:**

- 11.3.1. на роз'яснення умов Договору та Правил страхування;
- 11.3.2. вимагати здійснення Страховиком страхової виплати Застрахованому відповідно до умов цього Договору;
- 11.3.3. на отримання інформації про хід виконання цього Договору.

### **11.4. Страхувальник зобов'язаний:**

- 11.4.1. своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж відповідно до умов цього Договору;
- 11.4.2. ознайомити Застрахованого з умовами цього Договору та Правилами, отримати його згоду на страхування;
- 11.4.3. на вимогу Страховика надавати інформацію: про стан здоров'я Застрахованого, а також обставини, які мають значення для оцінки страхового ризику та інформувати Страховика про будь-яку його зміну;
- 11.4.4. вживати усіх необхідних та можливих заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 11.4.5. дотримуватись інших умов цього Договору та його додатків.

- 11.5. Наданням згоди на укладення цього Договору щодо себе Застрахований підтверджує наявність в нього прав та обов'язків за цим Договором.

### **11.6. Застрахований має право:**

- 11.6.1. на роз'яснення умов Договору та Правил;
- 11.6.2. вимагати здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов цього Договору;
- 11.6.3. в разі настання страхового випадку – на організацію Страховиком для Застрахованого медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування, та на умовах, визначених цим Договором;
- 11.6.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за цим Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги, послуг;

### **11.7. Застрахований зобов'язаний:**

- 11.7.1. своєчасно повідомити Страховика про настання страхового випадку та здійснювати дії передбачені Розділом 8 Оферти;
- 11.7.2. виконувати призначення відповідальної особи Страховика та/або лікуючого лікаря Медичного закладу, а також дотримуватись розпорядку, встановленого Медичним закладом;
- 11.7.3. на вимогу Страховика надавати медичну документацію, яка стосується страхового випадку, а також сприяти в отриманні такої документації з Медичних закладів.
- 11.7.4. попередити працівників Медичного закладу (лікаря) про наявність Договору страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання будь-якої інформації та документів;



- 11.7.5. при самостійному отриманні медичної допомоги та послуг, подати заяву на отримання страхової виплати протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування.
- 11.8. У разі, коли Застрахований є неповнолітньою особою – його права та обов'язки здійснюють його законні представники.
- 11.9. Сторони мають також інші права та обов'язки, передбачені цим Договором та додатками до нього, а також законодавством України.
- 11.10. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, визначену законодавством. При порушенні Страховиком строку страхової виплати Страхувальник має право вимагати сплату пені в розмірі 0,01% від невиплаченої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоєчасно виплаченої частки страхової виплати.

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

- 12.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені за двосторонньою згодою сторін у письмовій формі, шляхом укладення додаткової угоди до Договору.
- 12.2. Дію Договору може бути достроково припинено за ініціативою будь-якої із Сторін Договору або за взаємною згодою Сторін.
- 12.3. Дострокове припинення дії Договору за ініціативою однієї зі Сторін Договору здійснюється на підставі письмової заяви або листа-повідомлення відповідної Сторони Договору не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії Договору. Умови дострокового припинення дії Договору при цьому визначаються згідно з частинами 2-5 статті 28 Закону України «Про страхування».
- 12.4. Дострокове припинення дії Договору за взаємною згодою Сторін здійснюється на підставі додаткового договору, що укладається Сторонами в письмовій формі. Умови дострокового припинення дії Договору в цьому випадку визначатимуться Сторонами в такому додатковому договорі.
- 12.5. Норматив витрат на ведення справи становить 30%.
- 12.6. В разі повернення страхового платежу (його частини), при достроковому припиненні Договору, таке повернення здійснюється виключно Страхувальнику.
- 12.7. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:
- 12.7.1. закінчення строку дії;
  - 12.7.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованим у повному обсязі;
  - 12.7.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені строки;
  - 12.7.4. смерті Застрахованого;
  - 12.7.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
  - 12.7.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
  - 12.7.7. з моменту виникнення обставин, що змінюють страховий ризик, якщо Сторонами не погоджено інше;
  - 12.7.8. якщо Застрахований набуває ознаки, яка виключає можливість укладення Договору відповідно до п. 3.3. цього Договору, окрім випадків досягнення Застрахованим 65 років в період дії цього Договору;

- 12.7.9. за наявності підтверджених фактів передачі Застрахованим Страхового полісу іншим особам з метою отримання такими особами медичної допомоги та послуг;
  - 12.7.10. в разі неповернення безпідставно перерахованої страхової виплати згідно з п.10.5. цього Договору;
  - 12.7.11. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 12.8.** Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України та Правилами.

### **13. ЗАЯВА СТРАХУВАЛЬНИКА**

- 13.1.** Укладаючи Договір Страхувальник підтверджує, що:
- 13.1.1. з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден;
  - 13.1.2. інформація, зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», надана Страхувальнику своєчасно та в повному обсязі;
  - 13.1.3. Страхувальник отримав згоду Застрахованого на укладення цього Договору щодо нього;
  - 13.1.4. відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник та Застрахований за цим Договором, надають Страховику згоду на обробку своїх персональних даних у зв'язку з укладенням цього Договору для здійснення Страховиком статутної діяльності;
  - 13.1.5. заявлену інформацію щодо обсягу страхового покриття повністю та достовірно відображено цій Оферті та Страховому полісі
  - 13.1.6. Страхувальник/Застрахований надають безвідкличний та безумовний дозвіл Медичним закладам, на вимогу Страховика, надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

### **14. ІНШІ УМОВИ**

- 14.1.** Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.
- 14.2.** В разі виникнення будь-яких спірних питань щодо визнання чи невизнання Страховиком певного випадку страховим (віднесення того чи іншого захворювання до гострого чи хронічного, встановлення стадії загострення чи ремісії, вирішення питання щодо дотримання протоколів лікування, встановлення наявності обставин, що є виключеннями зі страхових випадків тощо) можуть залучатись незалежні медичні експерти за рахунок сторони, що ініціює залучення такого експерта.
- 14.3.** Відносини Сторін, не врегульовані цим Договором, регулюються Правилами та законодавством.

### **15. ДОДАТКИ ДО ОФЕРТИ**

- 15.1.** Додаток 1 «Термінологія».
- 15.2.** Додаток 2 «Виключення зі страхових випадків»
- 15.3.** Вказані в цьому Розділі додатки до Договору є невід'ємною його частиною та мають таку ж юридичну силу, як і основна частина Договору.

### **18. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС СТРАХОВИКА**

ПрАТ «СК «САЛАМАНДРА»

Код за ЄДРПОУ: 21870998

Адреса: 36019, м. Полтава, вул. Колективна, буд.10

Генеральний директор

Маленко Р.І.



## ТЕРМІНОЛОГІЯ

Цей Додаток містить пояснення до термінів та визначень, що вживаються в Договорі, а також деталізацію ВИДІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ та ПОСЛУГ, передбачених Програмою страхування, пояснення щодо порядку та обсягу їх надання. ОБМЕЖЕННЯ, що передбачені Програмою страхування, не можуть бути змінені цим Додатком. Обсяг видів допомоги та послуг, передбачений Договором, повністю відображений в Програмі страхування, що має перевагу перед іншими частинами Договору.

## ЗАГАЛЬНІ ВИЗНАЧЕННЯ

**Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованого та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованого, що існував до моменту початку даного захворювання.

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

**Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрозувати життю Застрахованого.

**Нещасний випадок** – раптова, випадкова дія зовнішніх причин (механічної сили, хімічних речовин, високої чи низької температури, електричної або іншої енергії, утоплення, укусів тварин, випадкового отруєння газами, наркотичними або токсичними або іншими речовинами (якщо їх вплив на організм було пов'язано з виконанням громадянського обов'язку), які настали в строк дії Договору не залежна від волі Застрахованого, що призвела до розладу здоров'я Застрахованого і підтвержені відповідними документами.

**Основне захворювання** – захворювання (розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку) певної однієї нозологічної одиниці, крім захворювань, що є виключеннями зі страхових випадків, що стало безпосередньою (основною) причиною для звернення Застрахованого за медичною допомогою (тимчасової/постійної втрати працездатності, госпіталізації тощо). Не відносяться до основних захворювань супутні захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою.

**МКХ-10** – Міжнародна класифікація хвороб, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, десятого перегляду.

**Протокол лікування** – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України.

**Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком/включений до переліку медичних закладів на сайті Страховика за посиланням [https://www.salamandra.ua/List\\_LPU.pdf](https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf).

**Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованому за цим Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас Медичних закладів, у яких

надаються медичні послуги Застрахованому, інші обмеження). Обсяг послуг, покриваються цим Договором для Застрахованого згідно з обраною Програмою страхування деталізується та застосовується з урахуванням деталізації відповідних видів медичної допомоги та послуг, вказаних в цьому Додатку «Термінологія», що є невід'ємною частиною Договору.

## **ДЕТАЛІЗАЦІЯ ВИДІВ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ, ВКАЗАНИХ В ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ**

**Он-лайн підтримка Сімейного лікаря МЦ Саламандра** – консультація сімейного лікаря при наявності підписаної (діючої) Декларації з сімейним лікарем з переліку зазначеного Страховиком за посиланням <http://www.mcs.com.ua/likar.pdf> за допомогою додаткових засобів зв'язку: мобільний зв'язок, месенджер, скайп та інші.

**Телемедицина** - це дистанційне надання медичних послуг (наприклад, моніторинг стану пацієнта і консультації) за допомогою телекомунікаційних технологій. Консультація пацієнта з вузькопрофільних фахівцем з приводу діагностики та/або лікування.

**Амбулаторна допомога** – медична допомога Застрахованому при настанні страхового випадку, стан якого не потребує постійного перебування його в медичному закладі та постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Організовується Страховиком на умовах Програми страхування згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

**Стаціонарна допомога** – медична допомога в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованому під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, а ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Організовується Страховиком цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Стаціонарна допомога включає:

- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом відповідно до протоколів лікування;
- консультації провідних, головних спеціалістів, к.м.н., професорів, проведення консилиумів – лише у складних випадках, при важко-диференційованих діагнозах (за відсутності зазначених причин Застрахований може скористатися такою консультацією за умови самостійної оплати різниці у вартості порівняно з вартістю консультації звичайного лікаря-спеціаліста в цьому ж медичному закладі);
- альтернативна консультація – консультації іншого спеціаліста для прийняття рішення про вірне призначення лікування у виняткових випадках: прийняття рішення лікуючого лікаря про необхідність залучити більш кваліфікованого спеціаліста; неефективне лікування після консультації лікуючого лікаря; рекомендоване лікування, пов'язане з оперативними втручаннями – для прийняття кінцевого рішення про необхідність операції. Рішення про наявність підстав для проведення альтернативної консультації приймає Страховик;

- терапевтичне лікування, оперативні втручання, анестезіологічна допомога;
- лікувальні процедури та маніпуляції, призначені лікуючим лікарем відповідно до протоколів лікування;
- медична документація: експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів Застрахованому (лише у випадках, коли Застрахований обслуговується в медичному закладі, що має ліцензію на видачу листів тимчасової непрацездатності); експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів одному з батьків Застрахованої дитини, за умови, що Застрахована дитина обслуговується в медичному закладі, що має ліцензію на видачу листів тимчасової непрацездатності, та один з батьків є Застрахованим за Договором; про необхідність лікарняного листа Застрахований повинен повідомити Страховика до направлення його в медичний заклад (в іншому випадку медична документація надається лише за наявності ліцензії у відповідному медичному закладі); надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина; послуга включає також видачу у встановленому законодавством порядку будь-якої іншої медичної документації, пов'язаної з настанням страхових випадків, на медичних бланках, затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України.

**Стационар плановий** – при настанні страхового випадку планова госпіталізація при станах, які не потребують надання Застрахованому невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками, а медична допомога Застрахованому в умовах стаціонару може бути відстрочена у часі, але не більше ніж на 72 години.

**Стационар екстрений** – надання медичної допомоги при настанні страхового випадку в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованого в стаціонар має бути здійснено невідкладно, а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем бригади швидкої/невідкладної допомоги або лікарем поліклініки.

**Швидка допомога** – медичні послуги (допомога) при станах, що потребують невідкладної та екстреної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Надається до стабілізації стану Застрахованого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги. Організовується Страховиком цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Швидка і невідкладна допомога включає:

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до Застрахованого;
- виїзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;
- реанімаційні заходи;
- діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги;
- медикаментозне забезпечення в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги.

Основні симптоми, при яких необхідно викликати швидку допомогу:

- порушення або втрата свідомості;
- проблеми з диханням (утруднений вдих, видих або відсутність дихання);
- болі або відчуття тиску в грудях, що не припиняються та не знімаються прийомом нітрогліцерину;

- пульс значно вповільнений, слабкий, відсутній або значно прискорений;
- сильний гострий біль у животі;
- сильна кровотеча, яка не припиняється (носова тощо);
- блювота з кров'ю або кров'янисті виділення (із сечею, мокротинням тощо);
- отруєння;
- сильний головний біль, порушення мови, судоми;
- раптове виникнення порушення рухів (параліч);
- травми голови, шиї або спини;
- імовірність перелому кісток;
- наявність вогнепального або ножового поранення;
- ускладнення вагітності.

Страховик не сплачує послуги виклику бригади швидкої медичної або невідкладної допомоги в наступних випадках:

- виклик бригади швидкої медичної допомоги на неіснуючу, неповну або неточну адресу, яку було вказано асистансу чи диспетчеру служби швидкої медичної допомоги;
- відсутність Застрахованого за адресою, вказаною при виклику бригади швидкої допомоги;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги до осіб, що не є Застрахованими за Договором;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги з метою одержання або призначення планової терапії, виміру артеріального тиску, планових ін'єкцій тощо, планової госпіталізації, а також одержання медичної документації (рецептів, медичних довідок або висновків);
- виклик бригади швидкої медичної допомоги у випадку виникнення медичних станів, що не ставлять під загрозу життя Застрахованого;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги до Застрахованого, що перебуває у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння.

**Екстрена медична допомога** – це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, що становлять загрозу життю пацієнта.

**Невідкладна медична допомога** – це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, без явних ознак загрози життю пацієнта.

**Транспортування** передбачає перевезення спеціалізованим транспортом за умови, якщо таке транспортування необхідне за медичними показаннями, здійснюється до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю.

**Діагностика** – проведення діагностичних досліджень на умовах Програми страхування, що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем, за основним захворюванням (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) або диференційована діагностика між страховим і не страховим діагнозом (при цьому діагностика проводиться за страховим діагнозом).

Діагностика включає:

- лабораторні дослідження;

- електрокардіографія
- рентгенологічне дослідження;
- ультразвукове дослідження (УЗД) та інші види інструментальних досліджень;
- комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) при невідкладних станах або при неіфективності лікування протягом семи днів.

Не покриваються види досліджень, які направлені на уточнюючу діагностику для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування. **Консультація лікаря** включає:

- консультація лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання для направлення Застрахованого до лікаря-спеціаліста за відповідним профілем захворювання

консультація лікаря-спеціаліста за відповідним профілем захворювання за направленням лікаря-терапевта, сімейного лікаря або лікаря-координатора Страховика, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста (ЛОР, невропатолог, гінеколог тощо). **Консультації провідних фахівців включає:**

- консультації провідних, головних спеціалістів, к.м.н., професорів, проведення консилиумів – в медичних закладах відповідного класу обслуговування, передбачених Програмою страхування

**Лікувальні процедури та маніпуляції** – консервативне лікування, оперативне втручання, анестезіологічна допомога, передбачені протоколами лікування та призначені лікарем за основним страховим захворюванням на умовах Програми страхування. Реабілітаційні заходи після проведеного лікування не відносяться до лікувальних процедур.

**Фізіотерапія базова** – фізіотерапевтичні процедури із застосуванням електричних токів, магнітних, електричних, електромагнітних, електростатичних полів, електромагнітних та механічних коливань, інгаляційна терапія, призначені лікарем відповідно до протоколів лікування для лікування основного захворювання. Реабілітаційні або профілактичні фізіотерапевтичні процедури, а також інші фізіотерапевтичні процедури, що не зазначені вище, не покриваються цією опцією.

**Масаж лікувальний** – фізіотерапевтичний метод лікування основного страхового захворювання на умовах Програми страхування, що призначений лікарем відповідно до протоколів лікування. Реабілітаційний та профілактичний масаж не покривається цією опцією.

**Інші фізіотерапевтичні процедури** при лікуванні основного страхового захворювання включають:

- мануальна терапія;
- лікувальна фізкультура (ЛФК);
- рефлексотерапія (голкорефлексотерапія та інші);
- водні процедури, парафін, озокерит, глина та інші.

**Виклик лікаря** – консультація лікаря вдома або в офісі у випадках, коли загальний стан здоров'я Застрахованого не дозволяє звернутись за допомогою в медичний заклад. Послуга організовується Страховиком на умовах Програми страхування.

Стани, при яких допускається виклик лікаря:



- підвищення температури тіла вище 37,5 градусів, а також будь-яке підвищення температури тіла під час оголошеної епідемії грипу;
- блювота, пронос, інші ознаки харчового отруєння або інфекційного захворювання;
- висипання, що покривають значну поверхню тіла.

Виклик лікаря організовується Страховиком (згідно з графіком роботи медичних закладів) в день звернення – при зверненні до 12-ї години. При зверненні Застрахованої особи після 12-ї години візит лікаря може бути організований на наступний день з причини неможливості організації послуги в день звернення.

Неможливість організації виклику лікаря з причини звернення Застрахованого в вихідний день та/або після 12-ї години в робочий день не є підставою для виклику бригади швидкої та невідкладної допомоги, якщо немає прямих медичних показань для їх виклику.

Послуга надається в межах міста та за наявності відповідної послуги в Медичному закладі, з яким співпрацює Страховик. В разі необхідності виклику лікаря до Застрахованого, що знаходиться на відстані, що перевищує вказані межі, різницю у вартості послуги оплачує Застрахований

**Медикаментозне забезпечення базове** – забезпечення Застрахованого офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення (шприци, бинти, крапельниці тощо), що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем з лікувальною метою, в схемі лікування основного захворювання (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) курсом лікування до 30 днів (якщо інший строк не передбачений Програмою страхування) та на умовах Програми страхування.

Додатково дана послуга поширюється також на:

- засоби медичного призначення (гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст», «Софт-каст», «Турбо-каст», засоби, необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо);
- засоби особистого догляду (один комплект в об'ємі, необхідному у випадку проведення оперативного втручання);
- препарати для діагностичних обстежень, а саме рентген-контрасти препарати для діагностичних обстежень.

Дана послуга не поширюється на фітопрепарати, гомеопатію, снодійні та заспокійливі засоби, препарати гепатопротекторної та хондропротекторної дії, пробіотики, протигрибкові препарати, ферментні препарати, препарати ноотропної дії, полівітамінні та мінеральні комплекси, препарати, що впливають на імунну систему, метаболічної дії, біогенні препарати, біостимулятори та ангіопротекторної дії.

При медикаментозному лікуванні Застрахованого якщо Державний реєстр лікарських засобів включає в себе лікарські засоби – аналоги різних підприємств-виробників, то пріоритет мають лікарські засоби українських виробників.

**Медикаментозне забезпечення розширене** – забезпечення Застрахованого офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення, що рекомендовані протоколами лікування та призначені лікарем з лікувальною

метою, в схемі лікування основного захворювання (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) на умовах Програми додатково до базового медикаментозного забезпечення. Перелік груп препаратів, на які поширюється розширене медикаментозне забезпечення, вказується в обраній Програмі страхування.

При медикаментозному лікуванні Застрахованого якщо Державний реєстр лікарських засобів включає в себе лікарські засоби – аналоги різних підприємств-виробників, то пріоритет мають лікарські засоби українських виробників.

Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:

- після визначення плану лікування, лікар зв'язується з Страховиком та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованого;
- Застрахований отримує визначені медикаменти в узгодженому з Страховиком аптечному закладі (Страховик одноразово резервує дані медикаменти в аптеці, терміном на 1 добу; у випадку, якщо Застрахований не має змоги отримати їх в аптеці, йому рекомендується повторно зателефонувати до Страховика та переконатись в наявності препарату в аптеці);
- доставка медикаментів здійснюється за наявності такої послуги в аптеці, що співпрацює з Страховиком, в регіоні, де знаходиться Застрахований, згідно з умовами, що визначені такою аптекою.

**Палата стандарт** – перебування Застрахованого, який перебуває в умовах цілодобового стаціонару, в стандартній палаті, передбаченій умовами медичного закладу, в якому перебуває Застрахований згідно з Програмою страхування.

**Харчування стандартне** – стандартне харчування, передбачене умовами медичного закладу, в якому перебуває Застрахований в умовах цілодобового стаціонару згідно з Програмою страхування.

**Допомога при критичних захворюваннях** – медична допомога Застрахованому в разі критичного захворювання, вказаного в Програмі страхування та на її умовах, вперше виявленого у Застрахованого протягом строку дії Договору.

## ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

1. **Групи захворювань та нозологічні форми згідно з МКХ-10 ( в т.ч. їх ускладнення та наслідки), що не діагностуються (крім первинної консультації лікаря) та не лікуються:**
  - 1.1. Інфекційні хвороби, що передаються переважно статевим шляхом (A50-A64);
  - 1.2. Інші хвороби, спричинені спіротехами, хламідіями, рикетсіозами (A65-A74);
  - 1.3. Контагіозний молюск (B08.1);
  - 1.4. Хвороби та стани, зумовлені вірусом імунодефіциту людини ВІЛ (B20-B24);
  - 1.5. Мікози (B35-B49);
  - 1.6. Гельмінтози та паразитарні хвороби (B65-B83, A75-79);
  - 1.7. Педикульоз, короста, демодекоз, акариаз та інші інфестації (B85-B89);
  - 1.8. Гарднерельоз, бактеріальні, вірусні, інші інфекційні агенти (B95-B97, N89.9);
  - 1.9. Хвороби крові і кровотворних органів (анемії, крім анемії, зумовленої гострою крововтратою, порушення згортання крові тощо), імунодефіцити та інші порушення з залученням імунного механізму (D50-D89);
  - 1.10. Ожиріння, розлад обміну речовин, недостатність або надлишковість харчування (E40-E90);
  - 1.11. Розлади психіки та поведінки, в тому числі психічні захворювання, психопатії, неврастенії, порушення мови, розлади сну, астено-депресивні стани, неврози (F00-F99);
  - 1.12. Хвороба Гентінгтона та інші системні атрофії, що первинно уражають центральну нервову систему (G10-G13);
  - 1.13. Хвороба Паркінсона, синдром Паркінсона та інші екстрапірамідальні хвороби та порушення функцій руху (G20-G26);
  - 1.14. Хвороба Альцгеймера, інші дегенеративні хвороби нервової системи (G30-G32);
  - 1.15. Розсіяний склероз та інші демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи (G35-G37);
  - 1.16. Епілепсія (G40-40.9);
  - 1.17. Церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми (G80-G83);
  - 1.18. Гідроцефалія, енцефалопатія будь-якого генезу (G31.2, G93, I67) ( в т.ч. інші цереброваскулярні захворювання-I60-69); і хвороби нервової системи (G00-G99) (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю/стану на строк не більше 5 діб);
  - 1.19. Гіпертонічна хвороба (I10-I15);
  - 1.20. Цироз печінки (K74), гепатоз (K73);
  - 1.21. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00-L99), в тому числі вугрі (L70), псоріаз (L40), дерматити та екземи (L20-L30), алопеція (L63), вітиліго (L80);
  - 1.22. Остеопатії и хондропатії (M80-M94), поліартропатії (M05-M25), крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб);
  - 1.23. Безплідність (N97, N46), еректильні дисфункції (N48.4), сексуальні дисфункції (F52);

- 1.24. TORCH-інфекції (P35-P39, B00-B27), в тому числі токсоплазмоз, цитомегаловірусні інфекції, захворювання, асоційовані з вірусом Епштейн-Барра (крім інфекційного моноклеозу), герпес-вірусні інфекції будь-якої локалізації (крім вітряної віспи та оперізуючого лишая (Herpes Zoster)) тощо;
- 1.25. Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (Q00-Q99);
- 1.26. Синдром хронічної втоми (R53), гіпергідроз (R61);
- 1.27. Злоякісні новоутворення (C00-C97; D00 – D09);
- 1.28. Доброякісні новоутворення (D10-D36);
- 1.29. Туберкульоз (A15-A19);
- 1.30. Цукровий діабет (E10-E14);
- 1.31. Гепатит (B15-B19), крім гепатиту А;
- 1.32. Гломерулонефрит (N00-N04);
- 1.33. Ендокринна патологія (E00 – E35);
- 1.34. Незапальні хвороби жіночих статевих органів (N80-N98);
- 1.35. Супутні захворювання (захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою, а проявились в процесі лікування або є ускладненням основного захворювання);
- 1.36. Лікування залишкових явищ, хронічного захворювання в стадії ремісії/неповної ремісії/компенсації (наприклад, сечокам'яна, жовчокам'яна хвороба, грижі, протрузії дисків), окрім надання невідкладної медичної допомоги та забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб;
- 1.37. Одержання медичних послуг та лікування хронічних захворювань, (крім випадків їх загострення, більш ніж 2 загострень на рік), а також остаточних проявів перенесених захворювань.

**2. Групи захворювань та нозологічні форми згідно з МКХ-10, що не покриваються\* за цим Договором (крім надання невідкладної медичної допомоги при гострому болю та/або при станах що загрожують життю Застрахованого):**

*\* медична допомога за вказаними в цьому пункті захворюваннями та нозологіями надається лише до встановлення клінічного діагнозу (встановлюється на основі первинної діагностики, яка призначена на підставі скарг хворого, анамнезу, даних об'єктивного огляду, іноді з використанням загально-клінічних, лабораторних та/або інструментальних методів дослідження (наприклад: загальний аналіз крові, сечі, рентгенографія органів грудної клітки, для виявлення будь-якого патологічного процесу та підтвердження первинного діагнозу))*

- 2.1. 2.1. Особливо небезпечні інфекції холера (A00), черевний тиф та паратиф (A01), чума (A20), сибірка (A22), бруцельоз (A23), сап і меліоїдоз (A24);
- 2.2. 2.2. Вегето-судинна дистонія (F45.3; G90.9), мігрень (G43) (крім забезпечення медикаментами для зняття кризового стану на строк не більше 5 діб);
- 2.3. Поліневрити та інші хвороби периферійної нервової системи (G60, G62-G64), (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб);
- 2.4. Катаракта, інші хвороби кришталика (H25-H28), глаукома (H40-H42), хвороби м'язів ока, косоокість, порушення співдружності руху (H49-H51), короткозорість (H52.1), далекозорість (H52.0), астигматизм

(H52.2), інші порушення акомодатції і рефракції (H52.3-H52.7), інші розлади зору та сліпота (H53-H54), синдром «сухого ока» (H16.2);

2.5. Ревматизм (I00-I02), хронічні захворювання системи кровообігу (I00-I99): кардіосклероз, ІХС, атеросклероз, кардіоміопатії, пролапс мітрального клапану та інші (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю/стану на строк не більше 5 діб)

2.6. Хвороба Крона (K50), неспецифічний виразковий коліт (K51-K52)

2.7. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36); запальні поліартропатії (код M05-M14) (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб);

2.8. Хронічна ниркова недостатність (N18), хронічні ураження нирок та сечоводів (зморщена нирка, мала нирка та інші) (N20-N29);

2.9. Хвороби сітківки (H30-H36);

2.10. Вікові захворювання; дегенеративно-дистрофічні захворювання, в т.ч. опорно-рухового апарату, в тому числі остеоартроз, остеохондроз хребта (M42) та інші дорсопатії/стани, які виникли на фоні остеохондрозу (радикуліт, люмбагія та інші), крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб;

2.11. Хронічна венозна недостатність, (I80-I89), в т.ч. варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі), (I83);

2.12. Мастопатія (N60);

2.13. Гастро-езофагеальний рефлюкс (K21);

2.14. Синдром подразненого кишечника (K58); стани, що супроводжуються порушеннями фізіологічної мікрофлори організму, зокрема дисбактеріоз, дисбіоз (K63.8.0.);

2.15. Інші уточнені хвороби жовчного міхура (K82.8), в тому числі дискенезія жовчного міхура/жовчовивідних шляхів;

2.16. Алергічні хвороби, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованого, а саме: набряк Квінке, анафілактичний шок, тощо; алергічний дерматит та риніт (L23, J30.1. - J30.3.).

### **3. Методи лікування, профілактики або діагностики, що не покриваються цим Договором:**

3.1. лікування методами нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, озонотерапія, ауто гемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера, кріотерапія, кріомасаж, використання барокамери, SPA-капсули тощо;

3.2. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, нарколога;

3.3. протезування, ендопротезування, косметичні, пластичні чи косметологічні послуги, естетичні, реконструктивні оперативні втручання, в тому числі планова герніопластика, ринопластика; планова літотрипсія; венектомія тощо (крім випадків трансплантації шкіри внаслідок опіків, а також оперативного відновлення в результаті нещасного випадку, який настав протягом строку дії Договору);

- 3.4. операції на серці й судинах; інвазивні процедури (в т.ч. коронарографія, аорто-коронарне шунтування, стентування будь-яких судин, електрофізіологічне дослідження, картування, радіочастотна абляція, окрім станів, що загрожують життю Застрахованого); операції із застосуванням апарата штучного кровообігу; протезування клапанів; планові нейрохірургічні операції;
- 3.5. зміна ваги, лікування ожиріння, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;
- 3.6. лікування колоїдних рубців, видалення бородавок, папілом, родимок, ліпом, поліпів, гемангіом, меланоцитарних невусів (D22) та доброякісних новоутворень шкіри (D23), за винятком ускладнених випадків травмування, нагноєння тощо;
- 3.7. штучне запліднення, проведення аборту, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація;
- 3.8. профілактичні та терапевтичні щеплення (крім вакцинації проти правця та сказу);
- 3.9. реабілітація (в тому числі після проведеного лікування), відновлення після завершення лікування, усунення віддалених наслідків захворювань або нещасних випадків, санаторно-курортне, профілактичне лікування, послуги з оздоровлення (басейн, тренажерний зал, фітнес-центри, спа-комплекси тощо);
- 3.10. надання медичної документації, що не пов'язана з настанням страхових випадків (тести на професійну придатність, довідки для органів поліції тощо);
- 3.11. надання медичної допомоги при вагітності та пологах;
- 3.12. профілактичне лікування в тому числі і медикаментозне;
- 3.13. витрати на контрольну та уточнюючу діагностику для визначення типу, стадії, форми захворювання, методу лікування;
- 3.14. лікування з використанням лазерних технологій, в тому числі корекція зору та лікування хвороб сітківки;
- 3.15. придбання органів для трансплантації, їх пошук, доставка, оплата донорів, крові та препаратів крові; проведення хірургічних втручань щодо трансплантації органів чи тканин, протезування (суглобів, ниркових, периферійних артерій тощо), замороження та пересадки живих клітин, пересадки кісткового мозку (окрім оплати ліжка-місця під час перебування Застрахованого в медичному закладі класу обслуговування 1\*, 2\* та стандартного для даного медичного закладу харчування при трансплантації та протезуванні щодо захворювань, що покриваються Програмою страхування);
- 3.16. вартість будь-яких операцій чи лікування, що не завершені чи очікуються до початку набрання чинності цим Договором, а також витрати на планове лікування, в т.ч. видалення металоконструкцій, встановлених не в період безперервної дії договорів страхування, укладених з Страховиком щодо цього ж предмету Договору;
- 3.17. гормональні дослідження (більше 4-х гормонів протягом строку дії договору), імунограми, алергопроби, алергологічна панель, онкомаркери, ліпідограма, ДНК-діагностика, денситометрія, генетичні дослідження, планова діагностика гомеостазу організму Застрахованого;
- 3.18. лікування симптомів, ознак хвороби та неточно визначених станів, захворювань, що є неуточненими та невизначеними згідно з МКХ-10, до моменту постановки остаточного діагнозу (крім випадків зняття гострого болю та надання невідкладної допомоги), лікування хронічних захворювань поза стадію загострення;

3.19. вартість підтримуючої, пригнічуючої, замісної, гормональної (окрім гормональних препаратів при стаціонарному лікуванні) терапії при лікуванні захворювань і станів, що вимагають тривалого застосування (клімакс, синдром виснажених яєчників, ендометріоз тощо).

3.20. захворювань, лікування яких забезпечується урядовою програмою реімбурсації "Доступні ліки" (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу, бронхіальна астма, а також туберкульозу).

3.21. Захворювання, пов'язані з особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб та епідеміями, згідно наказів МОЗ України та/або рекомендацій чи настанов ВООЗ, не залежно від термінів і обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними установами.

#### **4. Медикаменти та витратні матеріали, що не покриваються за цим Договором:**

4.1. медикаменти та витратні матеріали, придбані поза аптечною мережею України та/або не зареєстровані в Україні; медичні препарати, що не передбачені відповідними протоколами та стандартами МОЗ;

4.2. медичні препарати, що не передбачені Програмою страхування або які не включені до складу послуги медикаментозного забезпечення/розширеного медикаментозного забезпечення згідно з Деталізацією до Програми страхування; медикаментозне забезпечення/розширене медикаментозне забезпечення тривалістю понад 30 днів з дати початку лікування; вартість двох та більше препаратів однієї фармакологічної групи, крім випадків, коли один препарат місцевої, а другий загальної дії;

4.3. Препарати з антигіпоксичною, антиоксидатною дією, які поліпшують кровоток, а також препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини; препарати, які впливають на метаболізм та обмін речовин;

4.4. стенти, шунти, набори для емболізації, деартерілізації, шпичні зв'язки, резорбтивні болти, протези (окрім пролінової сітки для ургентної гернеопластики), електроди, ріжучі петлі, ортези, наборів для артроскопії;

4.5. милиці, післяопераційні бандажі;

4.6. лінзи, окуляри, скельця, слухові апарати, інгалятори, ортопедичні засоби й посібники тощо;

4.7. предмети гігієни, шампуні, креми, пасти, інші косметичні засоби;

4.8. медичне обладнання та будь-які медичні пристрої/засоби (в тому числі ті, що замінюють або корегують функції органів), що потребують додаткової оплати при стаціонарному/амбулаторному лікуванні (в тому числі фіксатори для остеосинтезу країн-виробників Польщі, Чехії, Словенії та Російської Федерації), медичні інструменти, товари медичного призначення, (крім шприців для ін'єкцій та систем для переливання, бинтів, вати, гіпсових пов'язок, пов'язок типу Скотч-каст (виключно білого кольору), тощо) дезінфікуючі засоби.

**5. Зазначені в цьому Додатку 2 Виключення зі страхових випадків застосовуються, якщо інше не передбачено обраною Програмою страхування за Договором.**