

**ДОГОВІР
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

м. Полтава Оферта №03/ДМС/І Дата оферти 28.09.2020 р.

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

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

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

3.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеного Страхувальником в Страхувальному полісі за її згодою.

3.2. Застрахованою особою (далі – Застрахованим) за цим Договором є фізична особа-іноземець.

3.3. На умовах цього Договору не можуть бути Застрахованими:

3.3.1. особи у віці молодше 1 року, а також особи віком 60 років і старше;

3.3.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних та інших диспансерах;

3.3.3. інваліди будь-якої групи, в тому числі інваліди дитинства;

3.3.4. громадяни України.

3.3.5.

4. ПРАВИЛА СТРАХУВАННЯ

4.1. Цей Договір укладається відповідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 0380904 від 05.06.2008 р. (далі – Правила).

4.2. Акцептуючи цю Оферту, Страхувальник підтверджує, що ознайомлений з Правилами.

5. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. Страхувальним 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. 5.2. Договору, які відбулися протягом строку дії Договору та потребують надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в обсязі, передбаченому обраною Програмою страхування та Договором.

5.2. Перелік страхових ризиків:

5.2.1. гостре захворювання;

5.2.2. загострення хронічного захворювання;

5.2.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

5.2.4. інші випадки, передбачені Програмою страхування.

5.2.5.

6. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОКИ СПЛАТИ

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

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

6.3.

7. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Договір страхування укладається строком на 1 (один) календарний рік. Строк дії Договору по відношенню до кожного Застрахованого визначається Полісом.

7.2. Договір набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дати, вказаної у Страхувальному 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.

7.3. При несплаті страхового платежу в строк, що передбачений в Страхувальному полісі, Договір не вступає в дію та Страховик звільняється від відповідальності по будь-яких подіях, які настали в період до моменту сплати страхового платежу. Відповідальність Страховика поновлюється з 00:00 годин 00 хвилин дня, наступного за

**CONTRACT
OF VOLUNTARY HEALTH INSURANCE
(PERMANENT HEALTH INSURANCE)**

Poltava Offer №03/ДМС/І Date 28.09.2020

1. Insurer - The private joint-stock company Insurance Company Salamandra, License to carry out voluntary medical insurance (permanent health insurance) in accordance with the Order of the National Commission of Financial Services No. 555 dated 15.03.2016

2. POLICY HOLDER - the Policy Holder under the Contract is a person who has signed this Contract in the manner stipulated by Article 634 of the Civil Code by signing the Insurance Policy in the manner stipulated by the Contract hereof. Information (surname, name, patronymic, address and date of birth) on Policy Holder shall be indicated in the Insurance Policy.

3. SUBJECT OF THE CONTRACT. INSURED PERSON

3.1. Subject of the Contract is property interests that do not contradict to the law, related to the health and performance of the Insured person, determined by the Policy Holder in the Insurance policy upon his/her consent.

3.2. The Insured person (hereinafter referred to as the Insured person) under the Contract is a foreign person.

3.3. Under the terms of the Contract, the following persons cannot be Insured persons:

3.3.1. persons under 1, as well as persons over 60;

3.3.2. persons who are registered at narcological, neuropsychiatric, anti-tuberculosis, dermatovenerologic and other health centers;

3.3.3. disabled people of any group, including disabled children;

3.3.4. citizens of Ukraine.

4. INSURANCE RULES

4.1. The Contract is concluded in accordance with the Rules for voluntary health insurance (permanent health insurance) No. 0380904 dated 05.06.2008 (Hereinafter referred to as the Rules).

4.2. The Policy Holder confirms that he/she read and understood the Rules by signing this Contract.

5. INSURANCE EVENTS

5.1. Insurance event is an apply of the Insured person to the medical establishment during the period of the Contract due to occurrence of insurance risk(s) from the list given in cl. 5.2. of the Contract that occurred during the term of the Contract and require the medical care and services provision to the Insured person in the amount provided for by the Insurance Program chosen and the Contract.

5.2. List of insurance risks:

5.2.1. acute illness;

5.2.2. exacerbation of a chronic disease;

5.2.3. health disorder due to an accident;

5.2.4. other cases stipulated by the Insurance Program.

6. INSURANCE AMOUNT, INSURANCE RATE, INSURANCE PAYMENT AND PAYMENT TERM

6.1. Insurance sum, insurance rate and insurance payment, as well as payment term for the insurance payment under the Contract are set out in the Insurance policy in accordance with the Insurance Program chosen.

6.2. After the payment of the insurance indemnity, insurance amount shall be reduced by the amount of insurance indemnity paid.

7. CONTRACT VALIDITY PERIOD

7.1. Insurance Contract is concluded for a period of 1(one) calendar year. Contract validity period shall be determined by the insurance policy regarding each Insured person.

7.2. The Contract shall enter into legal force from 00 h 00 min. of the date specified in the Insurance Policy, as the commencement date of the Contract, but not earlier than the date following the date of receipt of the insurance payment to the bank account of the Insurer, and is valid until 00 h 00 min, of the date specified as the termination date of the Contract, unless early termination of the Contract has occurred.

7.3. If the insurance indemnity payment is not paid within the period stipulated in the Insurance Policy, the Contract shall not enter into legal force and the Insurer shall be exempted from any events occurred in the period prior to the insurance indemnity payment. The Insurer's liability shall be renewed from 00:00 h 00 minutes of the day following the day of

днем сплати страхового платежу Страхувальником, за умови попереднього погодження його сплати з Страховиком.

8. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. 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.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

9.1. Цей Договір страхування укладається шляхом пропозиції Страховика укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) Страхувальником.

9.2. Текст цього Договору, розміщений у мережі Інтернет на офіційному веб-сайті Страховика (https://www.salamandra.ua/offer/dms_for_foreigners_off-line.pdf) є Офертою в розумінні ч. 1 ст. 634 Цивільного кодексу України.

9.3. Оферта складається та підписується Страховиком, скріплюється його печаткою в одному екземплярі та зберігається у Страховика. Ця Оферта містить усі істотні умови, передбачені законодавством для договорів страхування, та виражає намір Страховика вважати себе зобов'язаним у разі її прийняття Страхувальником.

Після ознайомлення з умовами цієї Оферти, інформацією про фінансову послугу Страхувальник може прийняти пропозицію (акцептувати її).

9.4. Повний та безумовний акцепт Страхувальником умов Оферти полягає в здійсненні Страхувальником наступних конклудентних дій, спрямованих на отримання страхових послуг Страховика: підписання Страхувальником Частини 1 Договору (Страхового полісу) та сплата страхового платежу в повному обсязі на поточний банківський рахунок Страховика.

Страховий поліс одночасно є заявою Страхувальника (Акцептом), що містить заявлені ним та погоджені Сторонами Договору умови страхування.

9.5. Страховий поліс складається в письмовій формі у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться по одному у кожній із Сторін.

9.5.1. Підписаний Сторонами Страховий поліс посвідчує факт укладання Договору.

9.6. Договір складається з Оферти та Страхового поліса і вважається укладеним в письмовій формі, відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування»

9.7. Підписаний Сторонами Страховий поліс посвідчує факт укладання Договору.

10. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОГО В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. 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.

10.1.1. 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.

10.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 10.2. цього Договору.

10.2. Самостійне звернення Застрахованого в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованому) допускається лише:

10.2.1. 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;

10.2.2. в планових випадках, коли Застрахований свосчасно повідомив Страховика, але в регіоні де знаходиться Застрахований, у Страховика відсутні договірні відносини з медичними закладами

the insurance indemnity payment by the Policy Holder, subject to prior agreement of its payment with the Insurer.

8. TERRITORY OF THE CONTRACT

8.1. The Contract is valid on the territory of Ukraine, except the territory of the Autonomous Republic of Crimea, as well as settlements where the state authorities of Ukraine do not exercise their powers temporarily, and settlements located on the contact line, listed in the order of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1085-p dated November 07, 2014 as amended.

9. CONTRACT SIGNING PROCEDURE

9.1. This Insurance Contract is concluded by the Insurer's proposal to enter into an agreement (offer) and acceptance of the offer (acceptance) by the Insured.

9.2. The text of this Agreement, posted on the Internet on the official website of the Insurer (https://www.salamandra.ua/offer/dms_for_foreigners_off-line.pdf) is an Offer within the meaning of Part 1 of Art. 634 of the Civil Code of Ukraine.

9.3. The offer is drawn up and signed by the Insurer, sealed in one copy and stored by the Insurer. This Offer contains all the essential conditions provided by law for insurance contracts, and expresses the intention of the Insurer to consider itself obliged in case of its acceptance by the Insured. After reviewing the terms of this Offer, information about the financial service, the Insured may accept the offer (accept it).

9.4. The Insured's full and unconditional acceptance of the Terms of the Offer consists in the Insured's following implicit actions aimed at obtaining the Insurer's insurance services: signing by the Insured of Part 1 of the Agreement (Insurance Policy) and payment of the insurance payment in full to the Insurer's current bank account.

The insurance policy is at the same time an application of the Insured (Acceptance), which contains the insurance conditions stated by him and agreed by the Parties to the Agreement.

9.5. The insurance policy is drawn up in writing in two copies, which have the same legal force and are one for each of the Parties.

9.5.1. The Insurance Policy signed by the Parties certifies the fact of concluding the Agreement.

9.6. The contract consists of the Offer and the Insurance policy and is considered concluded in writing, according to Art. 16 of the Law of Ukraine "On Insurance"

9.7. The Insurance Policy signed by the Parties certifies the fact of concluding the Agreement.

10. ACTIONS OF THE INSURED PERSON IN CASE OF INSURANCE EVENT

10.1. In case of event that can be recognized as an insurance event, the Insured person shall immediately (before contacting a medical establishment) inform the Insurer by phone 0 800 500 209 (around the clock, free of charge) as well as to provide complete and reliable information on his/her health, and other information upon request of the Insurer's representative and to follow the instructions and recommendations provided by the Insurer's representative.

10.1.1. After receiving the notification, the Insurer, if the case is recognized as insurance event, shall organize and pay for provision of necessary medical care and services to the Insured person under the Insurance Program chosen at medical establishments of relevant class of services.

10.1.2. Another procedure for notifying the Insurer on occurrence of the event that has signs of an insurance event and settlement is only allowed in cases provided for in cl. 10.2. of the Contract agreement.

10.2. Independent apply of the Insured person to the medical establishment (with subsequent compensation by the Insurer of the funds spent by the Insured person) is allowed only:

10.2.1. in emergency cases (in case of health conditions of the Insured person, requiring urgent medical care), when there was no possibility to inform the Insurer on the event by the time of applying to the medical establishment, upon condition that such a notice shall be made as soon as possible;

10.2.2. in planned cases, when the Insured person notified the Insurer timely, but in the area where the Insured person is located the Insurer has no contractual relations with medical establishments in the appropriate

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;

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. У разі неможливості Застрахованого з'явитись на призначений прийом до лікаря (огляд, консультація, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста тощо), Застрахований зобов'язаний не пізніше, ніж за 2 (два) години до призначеного прийому у лікаря, попередити Страховика про неможливість з'явитись на призначений прийом. В разі повідомлення пізніше, ніж за 2 (два) години, або неповідомлення послуга вважається наданою, а оплата вартості наступної такої послуги здійснюється самостійно Застрахованим за рахунок власних коштів.

11. УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. 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.

11.2. Медична допомога та послуги надаються відповідно до Протоколів лікування МОЗ, діючих на момент їх надання, у Медичних закладах за направленням Страховика.

11.3. Перелік медичних закладів кожного класу обслуговування міститься на сайті Страховика за посиланням 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.

11.4. Перелік документів необхідних для здійснення страхової виплати визначається:

11.4.1. у разі організації та оплати медичної допомоги та послуг Страховиком – договорами Страховика з медичними закладами;

11.4.2. у разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованого – згідно з переліком, зазначеним на сайті Страховика за посиланням https://www.salamandra.ua/ListOfDocuments-ForPaymentDMS_FF.pdf в такому випадку збір необхідних документів покладається на Застрахованого). Додатково, при зверненні Застрахованого за телефоном 0 800 500 209 (цілодобово, безкоштовно), Страховик консультує Застрахованого щодо такого переліку документів.

11.5. 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.

11.6. 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:

11.6.1. приймає рішення про виплату і оформляє страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

11.6.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Страхувальника/Застрахованого протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

11.7. У разі прийняття рішення про виплату страхового відшкодування Страховик здійснює виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дати підписання Страховиком страхового акту.

11.8. Страхова виплата здійснюється:

11.8.1. 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;

11.8.2. в разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим, за погодженням з Страховиком, – в безготівковій

field and/or it is impossible to provide the corresponding services, upon condition that the Insurer has agreed on an independent organization and/or payment by the Insured person for such medical assistance and/or services provided by the Insurance Program chosen;

10.3. Notice on occurrence of the event with signs of insurance event on behalf of the Insured person may be carried out by any other person, if the state of health of the Insured person does not allow him/her to do this by his/her own.

10.4. When contacting a medical establishment recommended by the Insurer, medical services shall be provided to the Insured person upon presentation of the Insured person's card issued by the Insurer and a document confirming his/her identity.

10.5. If the Insured person is unable to show up at the appointment with the doctor (examination, consultation, medical manipulation, visit to highly specialized doctor, etc.), the Insured person is obliged to warn the Insurer on inability to show up at the appointed appointment no later than 2 (two) hours before the appointment with the doctor. In case of notification later than 2 (two) hours before, or non-notification, the service is considered to be rendered, and the cost of the next such service shall be paid independently by the Insured person at his/her own expense.

11. INSURANCE PAYMENT TERMS

11.1. Total amount of insurance payments in case of one or more insurance events under the Contract shall not exceed the insured amount/limit specified in the Insurance Program chosen.

11.2. Medical assistance and services shall be provided in accordance with the Treatment guidelines of the Ministry of Public Health, effective at the time of their provision, in medical establishments as referred by the Insurer.

11.3. The list of medical establishments of each service class is listed on the Insurer's website at https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf and is updated by the Insurer constantly depending on the price and service policy of medical establishments. When choosing the medical establishment that will provide medical assistance to the Insured person, the Insurer shall be guided by the list of medical establishment on the above link as of the date of the insurance event.

11.4. The list of documents required for making insurance payments shall be determined:

11.4.1. in the case of organization and payment for medical care and services by the Insurer - contracts of the Insurer with medical establishment;

11.4.2. in case of compensation of funds spent by the Insured person - according to the list indicated on the Insurer's website at https://www.salamandra.ua/ListOfDocuments-ForPaymentDMS_FF.pdf in this case, the collection of necessary documents shall be the responsibility of the Insured person). Further, if the insured person calls on 0 800 500 209 (around the clock, free of charge), the Insurer shall advise the Insured person on such a list of documents.

11.5. In case of submission of documents by the Insured person independently in accordance with the Contract - all documents necessary for making a decision on insurance compensation payment shall be provided by the Insured person not later than 30 (thirty) calendar days from the date of the treatment end.

11.6. The term for making a decision on payment/refusal to pay the insurance indemnity is 10 (ten) working days from the date of receipt of all necessary documents in accordance with this Contract. The Insurer, during the specified period, shall:

11.6.1. make a decision on payment and draw up an insurance act determining the amount of insurance payment or

11.6.2. make a grounded decision on refusal to make insurance payment, whereof shall notify the Policy Holder/Insured person in writing within 10 (ten) working days from the date of such decision.

11.7. In case of making decision to pay insurance indemnity, the Insurer shall make the payment within 10 (ten) business days from the date of signing the insurance act by the Insurer.

11.8. Insurance payment shall be made:

11.8.1. in case of organization of medical care and services to the Insured person by the Insurer - in non-cash form to the account of Medical establishment in which the Insured person received medical care and services upon the Insurer's refer;

11.8.2. in case of compensation of funds independently spent by the Insured person, upon the Insurer's agreement in non-cash form to the Insured person's account. If, as a result of insurance event under the Contact, the death of the insured person occurs, compensation of funds

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.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати в повному обсязі або частково у разі:

12.1.1. 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;

12.1.2. якщо подія пов'язана з перебуванням Застрахованого в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння (у тому числі якщо наслідки та хвороби, викликані такими станами);

12.1.3. якщо до випадку призвели навмисні дії Страхувальника/Застрахованого, спрямовані на настання страхового випадку;

12.1.4. неповідомлення або несвочасного повідомлення Страхувальником/Застрахованим Страховика про настання страхового випадку, зміну ступеня страхового ризику (відомості щодо Застраховану особу, їх стан здоров'я та ін.);

12.1.5. надання медичної допомоги та/або послуг іншій особі, що не є Застрахованим за цим Договором;

12.1.6. ненадання Застрахованим доступу до медичної документації на захист Страхувальника, створення інших перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

12.1.7. 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;

12.1.8. заняття Застрахованим екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, бобслеєм, автотралі, парашутним спортом, дайвінгом тощо), що призвело до настання страхового випадку;

12.1.9. 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;

12.1.10. 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;

12.1.11. надання медичної допомоги та послуг з приводу гострих захворювань, загострення хронічних захворювань, небезпечних випадків, критичних захворювань, які виникли до початку дії Договору, або захворювань, що не є страховими випадками відповідно до цього Договору та Програми страхування;

12.1.12. 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;

12.1.13. одержання медичної допомоги та послуг щодо захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності, їх ускладнення та наслідки;

12.1.14. якщо Застрахований за цим Договором, набув ознаки, яка виключає можливість укладення Договору відповідно до п.3.3. цього Договору, крім випадку досягнення Застрахованим 60 років в період дії Договору;

12.1.15. 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;

12.1.16. 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;

12.1.17. якщо випадок належить до виключень зі страхових випадків, перелік яких міститься в Додатку 2 до Оферти;

spent by his/her own shall be paid to the heirs of the insured person in accordance with current legislation stipulating the inheritance procedure.

12. REASONS FOR INSURANCE PAYMENT REFUSAL

12.1. The Insurer has the right to refuse to make insurance payments in full or in part in cases as follows:

12.1.1. submission by the Policy Holder/Insured person of false information on subject of the Contract, the fact, circumstances or reasons for insurance event occurrence (event that has signs of insurance event) for the purposes to obtain medical care and/or services provided on Insurance Program chosen;

12.1.2. if the event is related to the Insured person's condition in alcoholic, narcotic, toxic intoxication (incl. if the consequences and diseases caused by such conditions);

12.1.3. if, deliberate actions of the Policy Holder/Insured person aimed at occurrence of an insurance event caused it;

12.1.4. failure to notify or untimely notification by the Policy Holder/Insured person of the Insurer on insurance event occurrence, change of insured risk degree (information on the Insured person, his/her state of health, etc.)

12.1.5. provision of medical care and/or services to another person who is not the Insured person under the Contract;

12.1.6. failure to provide by the Insured person of access to medical documentation upon the Insurer's request, creating other obstacles in determining the circumstances, nature and amount of losses;

12.1.7. force majeure of public, military, legal nature (participation in military actions, mass riots, radioactive, chemical, biological or toxic pollution actions, use of explosives, influence of military weapons of any type and method of action, etc.), which led to the occurrence of insurance event;

12.1.8. if the Insured person is engaged in extreme sports (mountaineering, speleology, hang-gliding, bobsleigh, rally, parachuting, diving, etc.), which led to occurrence of insurance event;

12.1.9. failure to submit the necessary documents by the Policy Holder/Insured person (in case of compensation for spent funds by him/her) within 30 (thirty) calendar days from the date of treatment completion as a result of insurance event;

12.1.10. if the Insured person receives medical care and/or services that are not provided for in the treatment guidelines of the Ministry of Public Health and/or are not provided for by the Insurance Program and/or exceed the established limits according to the Insurance Program and other annexes to the Contract;

12.1.11. provision of medical care and services due to acute diseases, exacerbation of chronic diseases, accidents, critical diseases that arose before signing the Contract, or diseases that are not insurance events under the Contract and Insurance Program;

12.1.12. provision of medical care and services after termination of the Contract, even if treatment, diagnostics, medication or any other services provided by the Insurance Program were prescribed during the term of the Contract;

12.1.13. receiving medical care and services for diseases for which any group of disability is assigned, their complications and consequences;

12.1.14. if the Insured person under the Contract has acquired features excluding the possibility to conclude the Contract in accordance with clause 3.3. of the Contract, unless the Insured person reaches 60 during the term of the Contract;

12.1.15. non-fulfillment and/or violation by the Insured person of appointments of the attending physician (treatment, examination and hospital regimen), as well as in case of the Insured person's refusal to undergo the examination necessary to establish a diagnosis and prescribe treatment;

12.1.16. obtaining alternative doctor's consultations and duplication of medical examinations, unless otherwise provided by the Insurance Program chosen, except for cases of preliminary agreement on provision of such medical services with the Insurer;

12.1.17. if the event refers to exclusion from insurance events, the list of which is contained in Annex 2 to the Offer;

12.1.18. non-fulfillment or improper fulfillment by the Policy Holder/Insured person of his/her obligations under the Contract;

12.1.19. other grounds for refusal to make insurance payments provided by law.

12.2. The Insurer won't indemnify in any case the following:

12.2.1. expenses related to the payment of charitable contributions;

12.1.18. невиконання або неналежне виконання Страхувальником/Застрахованим своїх обов'язків за Договором;

12.1.19. інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, передбачені законом.

12.2. Страховик в будь-якому разі не відшкодує:

12.2.1. витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків;

12.2.2. 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;

12.2.3. витрати внаслідок випадків, що сталися поза межами території дії Договору або в неоплачений період дії Договору;

12.3. 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

12.4. 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.

12.5. 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.

12.6. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржена Застрахованим/Страхувальником у судовому порядку.

13. ПРАВА, ОБОВ'ЯЗКИ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

13.1. Страховик має право:

13.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені в Страховому полісі;

13.1.2. 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;

13.1.3. залучати третіх осіб для забезпечення цілодобового обслуговування Застрахованого та виконання цього Договору;

13.1.4. протягом дії Договору присвоювати та змінювати категорії Медичних закладів залежно від їх цінової та сервісної політики, змінювати перелік Медичних закладів;

13.1.5. 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;

13.1.6. відмовити Страхувальнику/Застрахованому у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього, чинному законодавстві;

13.1.7. 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.

13.2. Страховик зобов'язаний:

13.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами;

13.2.2. здійснити страхову виплату відповідно до цього Договору;

13.2.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

13.2.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, повідомити Страхувальника/ Застрахованого в письмовій формі про прийняття рішення не пізніше 10 робочих днів з дати його прийняття;

12.2.2. expenses for family doctor consultation and medical care and services that are free of charge at the primary care level, in accordance with current legislation of Ukraine as of the date of the insurance event;

12.2.3. expenses of events that occurred outside the territory of the Contract or during the unpaid period of the Contract;

12.3. The Insurer refuses to make an insurance payment if the case falls under the exceptions of insurance events, the list of which is contained in Annex 2 to the Offer, and is an integral part of it

12.4. If a doctor makes a preliminary diagnosis, herewith certain disease under this diagnosis is considered an exception under the Contract, and additional diagnostics are prescribed, the Insured person shall pay for it by him/herself (except for conditions requiring emergency medical care). If according to the results of additional diagnostics it is found that the disease does not belong to exceptions under the Contract, the Insurer shall compensate spent money by the Insured person under the terms of the Contract.

12.5. If the circumstances that may serve as a basis for refusing in insurance payment become known to the Insurer after the insurance payment is made, the Insurer has the right to demand from the Insured person/Policy Holder to return the insurance payment paid by the Insurer in full. Repayment of insurance payment paid by the Insurer shall be made by the Insured person/Policy Holder in a non-cash form within 15 (fifteen) business days from the date of receipt of relevant written request from the Insurer, according to the bank details specified in such a request.

12.6. The Insurer's refusal to make insurance payments may be appealed by the Insured person/Policy Holder in court.

13. RIGHTS, OBLIGATIONS AND RESPONSIBILITIES OF THE PARTIES

13.1. The Insurer has the right:

13.1.1. to receive an insurance payment in the amount and under the terms stipulated in the Insurance Policy;

13.1.2. to receive complete and reliable information necessary to establish the insurance risk degree, to calculate the insurance rate before signing the Contract, including but not limited to information on health status of the Insured person;

13.1.3. to involve third parties to provide round-the-clock service to the Insured person and to fulfill the Contract;

13.1.4. to assign and change the categories of medical establishments during the Contract term, depending on their price and service policy, as well as to change the list of medical establishments;

13.1.5. to find out the reasons and circumstances of insurance events under the Contract by any legal means, in particular: to receive from the Insured person, medical establishments, doctors and/or specialists information on health status, diagnosis, treatment of the Insured person, including information containing medical secrets;

13.1.6. to refuse to pay insurance payment to the Policy Holder/Insured person if there are grounds specified in the Contract and/or Annexes thereto, current legislation;

13.1.7. if there are doubts on data reliability of reasons/circumstances of the insurance event or amount of the insurance payment, to postpone the decision to make the insurance payment, but not more than 30 (thirty) business days from the date of receipt of the full package of documents in accordance with the Contract.

13.2. The Insurer is obliged:

13.2.1. to offer insights into the terms of the Contract and Rules to the Insured person;

13.2.2. to make an insurance payment in accordance with the Contract;

13.2.3. within two working days, as soon as it becomes known on occurrence of insurance event, to take measures to complete all necessary documents for timely implementation of the insurance payment;

13.2.4. in case of a decision to refuse insurance payment, to inform the Policy Holder/Insured person in writing on decision taken no later than 10 business days from the date of decision;

13.2.5. not to disclose information on the Insured person and his/her property status, as well as on the Policy Holder and his/her state of health.

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

13.3. Страхувальник має право:

13.3.1. на роз'яснення умов Договору та Правил страхування;

13.3.2. вимагати здійснення Страховиком страхової виплати Застрахованому відповідно до умов цього Договору;

13.3.3. на отримання інформації про хід виконання цього Договору.

13.4. Страхувальник зобов'язаний:

13.4.1. своєчасно та в повному обсязі сплатити страховий платіж відповідно до умов цього Договору;

13.4.2. ознайомити Застрахованого з умовами цього Договору та Правилами, отримати його згоду на страхування;

13.4.3. 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;

13.4.4. вживати усіх необхідних та можливих заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

13.4.5. дотримуватись інших умов цього Договору та його додатків.

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

13.6. Застрахований має право:

13.6.1. на роз'яснення умов Договору та Правил;

13.6.2. вимагати здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов цього Договору;

13.6.3. 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;

13.6.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за цим Договором, неповного чи неякісного надання такої допомоги, послуг;

13.7. Застрахований зобов'язаний:

13.7.1. своєчасно повідомити Страховика про настання страхового випадку та здійснювати дії передбачені Розділом 10 Оферти;

13.7.2. виконувати призначення відповідальної особи Страховика та/або лікуючого лікаря Медичного закладу, а також дотримуватись розпорядку, встановленого Медичним закладом;

13.7.3. на вимогу Страховика надавати медичну документацію, яка стосується страхового випадку, а також сприяти в отриманні такої документації з Медичних закладів.

13.7.4. попередити працівників Медичного закладу (лікаря) про наявність Договору страхування та можливість звернення Страховика із запитом для отримання будь-якої інформації та документів;

13.7.5. при самостійному отриманні медичної допомоги та послуг, подати заяву на отримання страхової виплати протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування.

13.8. У разі, коли Застрахований є неповнолітньою особою – його права та обов'язки здійснюють його законні представники.

13.9. Сторони мають також інші права та обов'язки, передбачені цим Договором та додатками до нього, а також законодавством України.

13.10. За невиконання або неналежає 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 несплаченої суми за кожен день прострочення, але не більше 10% від несвоєчасно сплаченої частки страхової виплати.

14. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

14.1. Зміни та доповнення до Договору можуть бути внесені за двосторонньою згодою сторін у письмовій формі, шляхом укладення додаткової угоди до Договору.

14.2. Дію Договору може бути достроково припинено за ініціативою будь-якої із Сторін Договору або за взаємною згодою Сторін.

14.3. 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

Policy Holder has the right:

13.3.1. to receive clarification of the Contract terms and Insurance Rules;

13.3.2. to require from the Insurer to make insurance payments to the Insured person in accordance with the Contract terms;

13.3.3. to receive information on execution progress of the Contract.

13.4. Policy Holder is obliged:

13.4.1. to pay the insurance payment timely and in full in accordance with the Contract terms;

13.4.2. to offer insights into the terms of the Contract and Rules to the Insured person, to obtain his/her consent to insurance;

13.4.3. to provide following information to the Insured person upon request: on health status of the Insured person, as well as circumstances that are significant for insurance risk assessment and to inform the Policy Holder of any change in it;

13.4.4. to take all necessary and possible measures to prevent and reduce losses caused as a result of the insurance event occurrence;

13.4.5. to adhere to other terms of the Contract and its Annexes.

13.5. Insured person confirms that he/she has rights and obligations under the Contract by giving consent to conclude this Contract.

13.6. Insured person has the right:

13.6.1. to receive clarification of the Contract terms and Rules;

13.6.2. to require from the Insurer to make insurance payments in accordance with the Contract terms;

13.6.3. in case of insurance event, organization by the Insurer of medical care and services for the Insured person within the list and in the amount provided for by the Insurance Program chosen, and under the terms and conditions specified in the Contract;

13.6.4. to inform the Insurer on cases of non-provision of medical care and services under the Contract, incomplete or poor-quality provision of such care and services;

13.7. Insured person is obliged:

13.7.1. to inform the Insurer promptly on insurance event occurrence and to take actions provided for in section 10 of the Offer;

13.7.2. to fulfill the appointments of the Insurer's responsible person and/or attending physician of medical establishment, as well as to comply with the procedure established by medical establishment;

13.7.3. to provide medical documentation related to the insurance event upon Insurer's request, as well as to assist in obtaining such documentation from medical establishments.

13.7.4. to warn employees of medical establishment (doctor) on Insurance Contract and possibility of the Insurer's contacting with requests for receiving information and documents;

13.7.5. in case of independent receipt of medical care and services, to apply for insurance payment within 30 (thirty) calendar days from the date of the treatment end.

13.8. If the Insured person is minor, his/her rights and obligations shall be fulfilled by his/her legal representatives.

13.9. The parties have also other rights and obligations provided for by the Contract and its Annexes, as well as by the legislation of Ukraine.

13.10. For non-fulfillment or improper fulfillment of the Contract terms the parties shall be liable according to the law. If the Insurer violates the insurance payment terms, the Insured person has the right to demand payment of a penalty in the amount of 0.01% of the unpaid amount for each day of delay, but not more than 10% of untimely paid part of the insurance payment.

14. AMENDMENT PROCEDURE AND TERMINATION OF THE CONTRACT

14.1. Amendments and additions to the Contract can be made by mutual agreement between the parties in writing, by concluding an additional agreement to the Contract.

14.2. The Contract may be terminated early upon an initiative of any of the parties to the Contract or by mutual agreement between the parties.

14.3. Early termination of the Contract upon an initiative of one of the parties to the Contract shall be carried out on the basis of written application or letter of notification of relevant Party to the Contract no later than 30 (thirty) days before termination date of the Contract. Conditions for early termination of the Contract are determined in accordance with parts 2-5 of Article 28 of the Law of Ukraine "On Insurance".

дострокового припинення дії Договору при цьому визначаються згідно з частинами 2-5 статті 28 Закону України «Про страхування».

14.4. 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.

14.5. Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

14.6. В разі повернення страхового платежу (його частини), при достроковому припиненні Договору, таке повернення здійснюється виключно Страхувальнику.

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

14.7.1. закінчення строку дії;

14.7.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованим у повному обсязі;

14.7.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені строки;

14.7.4. смерті Застрахованого;

14.7.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.7.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;

14.7.7. з моменту виникнення обставин, що змінюють страховий ризик, якщо Сторонами не погоджено інше;

14.7.8. якщо Застрахований набуває ознаки, яка виключає можливість укладення Договору відповідно до п. 3.3. цього Договору, окрім випадків досягнення Застрахованим 60 років в період дії цього Договору;

14.7.9. за наявності підтверджених фактів передачі Застрахованим Страхового полісу іншим особам з метою отримання такими особами медичної допомоги та послуг;

14.7.10. в разі неповернення безпідставно перерахованої страхової виплати згідно з п.12.5. цього Договору;

14.7.11. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.8. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України та Правилами.

15. ЗАЯВА СТРАХУВАЛЬНИКА

15.1. Укладаючи Договір Страхувальник підтверджує, що:

15.1.1. з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден;

15.1.2. 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;

15.1.3. Страхувальник отримав згоду Застрахованого на укладення цього Договору щодо нього;

15.1.4. 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;

15.1.5. заявлену інформацію щодо обсягу страхового покриття повністю та достовірно відображено цьому Договорі;

15.1.6. Страхувальник/Застрахований надають безвідкличний та безумовний дозвіл Медичним закладам, на вимогу Страховика, надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебуту та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

16. ІНШІ УМОВИ

16.1. Всі суперечки між Сторонами вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства.

16.2. 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.

16.3. Відносини Сторін, не врегульовані цим Договором, регулюються Правилами та законодавством.

14.4. Early termination of the Contract upon mutual agreement between the parties shall be carried out on the basis of additional agreement concluded by the parties in writing. Conditions for early termination of the Contract in this case shall be determined by the Parties in such an additional agreement.

14.5. The standard cost for dealing with case is 30%.

14.6. In case of repayment of the insurance payment (its part), in case of early termination of the Contract, such a repayment shall be made to the Policy Holder.

14.7. The Contract shall be terminated and the Contract becomes invalid upon mutual agreement of the parties as well as in case of:

14.7.1. expiration date;

14.7.2. fulfillment of the Insurer's obligations to the Policy Holder/Insured person in full;

14.7.3. failure to pay the insurance payment by the Insurant within the established time frame;

14.7.4. death of the Insured person;

14.7.5. liquidation of the Insurer in accordance with the procedure established by the legislation of Ukraine;

14.7.6. making a court decision to invalidate the Contract;

14.7.7. from the moment of circumstances arising that change the insurance risk, unless otherwise agreed by the parties;

14.7.8. if the Insured person acquires features that exclude possibility of concluding the Contract in accordance with clause 3.3. of the Contract, except for cases when the Insured person reaches 60 during the term of the Contract;

14.7.9. upon confirmed facts of transfer of the insurance policy to the Insured person to other persons in order to receive medical care and services by such persons;

14.7.10. in case of non-return of unreasonably transferred insurance payment in accordance with clause 12.5. of the Contract;

14.7.11. - in other cases stipulated by current legislation of Ukraine.

14.8. The Contract is considered invalid upon signing in cases stipulated by the legislation of Ukraine and the Rules.

15. POLICY HOLDER'S STATEMENT

15.1. By signing the Contract, the Policy Holder confirms that:

15.1.1. He/she has read and agree with the Terms and Conditions of Insurance;

15.1.2. information specified in part two, Article 12 of the Law of Ukraine "On Financial Services and State Regulation of Financial Services Markets" provided to the Insured person in a timely manner and in full;

15.1.3. Policy Holder has received the consent of the Insured person to conclude the Contract thereto;

15.1.4. in accordance with the requirements of the Law of Ukraine "On Personal Data Protection", the Policy Holder and the Insured person under the Contract provide the consent to the Insurer for their personal data processing due to conclusion of the Contract for statutory activities implementation by the Insurer;

15.1.5. declared information on the amount of insurance coverage is fully and reliably reflected in the Contract;

15.1.6. The Policy Holder/Insured person provides an irrevocable and unconditional permission to medical establishments, upon Insurer's request to provide any information that relates to their health, course and cost of treatment for insurance events that have occurred under the Contract, including information containing a medicinal secret.

16. MISCELLANEOUS

16.1. All disputes between the parties shall be resolved through negotiations or in a judicial procedure in accordance with current legislation.

16.2. In case of any controversial issues regarding recognition or non-recognition by the Insurer of a certain case as an insurance one (classification of disease as acute or chronic, exacerbation or remission stage detection, problem solving if to comply with treatment guidelines, establishing of circumstances that are exceptions to insurance events etc.) independent medical experts may be involved at the expense of a party initiating the involvement of such an expert.

16.3. Relations between the parties not regulated by the Contract shall be regulated by the Rules and current legislation.

<p>17. ДОДАТКИ ДО ОФЕРТИ</p> <p>17.1. Додаток 1 «Термінологія».</p> <p>17.2. Додаток 2 «Виключення зі страхових випадків»</p> <p>17.3. Вказані в цьому Розділі додатки до Договору є невід'ємною його частиною та мають таку ж юридичну силу, як і основна частина Договору.</p> <p>18. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС СТРАХОВИКА</p> <p>ПрАТ «СК «САЛАМАНДРА»</p> <p>Код за ЄДРПОУ: 21870998</p> <p>Адреса: 36023, м. Полтава, вул. Колективна, б.10</p> <p>Генеральний директор</p> <p>Маленко Р.І.</p>	<p>17. ANNEXES TO THE OFFER</p> <p>17.1. Annex 1 "Terminology".</p> <p>17.2. Annex 2 "Exclusion from insurance events"</p> <p>17.3. Annexes to the Contract specified in this section are its integral part and have the same legal force as the main part of the Contract.</p> <p>18. DETAILS AND SIGNATURE OF THE INSURER</p> <p>PJSC Insurance Company "SALAMANDRA"</p> <p>USREOU code: 21870998</p> <p>Address: 36023, Poltava, street Collective, d.10</p> <p>General Director</p> <p>Malenko R.</p>
--	---

Malenko R.I.



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 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/стандарт 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.

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, ВКАЗАНІХ В ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ

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.

TERMINOLOGY

This Annex contains explanations to the terms and definitions used in the Contract, as well as details of the TYPES OF MEDICAL CARE and SERVICES provided for by the Insurance Program, explanation of the procedure and scope of their provision. RESTRICTIONS provided by the Insurance Program cannot be changed by this Annex. The scope of care and service types stipulated by the Contract is fully reflected in the Insurance Program, and has priority over other parts of the Contract.

GENERAL DEFINITIONS

Acute disease is a disease that has arisen suddenly, being healthy previously and/or the causes that are in no way connected with the state of health of the Insured person, which was prior to the onset of this disease.

Chronic disease is a disease that occurred gradually and is characterized by long duration with slowly emerging pathological changes in the body, often without symptoms and a slow course with periods of exacerbation and remission.

Exacerbation of a chronic disease is a period of development of a chronic disease, characterized by intensification of pathological features and/or symptoms of a chronic disease (without emergence of a new disease), and requires the provision of medical care, and in case of failure to provide medical care can lead to a long-term health disorder or threaten the life of the Insured person.

Accident is a sudden, accidental action of external causes (mechanical force, chemicals, high or low temperature, electrical or other energy, drowning, animal bites, accidental gases poisoning, narcotic or toxic or other substances (if their effect on the body associated with bandages) with the fulfillment of civic duty), which occurred during the term of the Contract and not depending on the will of the Insured person, which led to health disorder of the Insured person and confirmed with relevant documents.

Prior disease is a disease (health disorder that occurred as a result of accident) of a certain nosological unit, except for exception diseases to insurance events, that has become the immediate (main) reason for the Insured to apply for medical care (temporary/permanent disability, hospitalization, etc.). Concurrent diseases do not belong to the prior diseases that weren't the main reason of applying for medical care.

ICD-10 – International Classification of Diseases, developed World Health Organization, rev.10.

Treatment guidelines - clinical guidelines /treatment standards/orders, approved and/or recommended for use by the Ministry of Public Health of Ukraine.

Medical establishment is a health care establishment that cooperates with the Insurer and included into the list of medical establishment on the Insurer's website at https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf.

Insurance program is a list of medical care and services types provided to the Insured person under the Contract, indicating restrictions on insurance (limits, franchising, class of medical establishments which medical services are provided in to the Insured person, other restrictions). Scope of services covered by the Contract for the Insured person in accordance with Insurance Program chosen is detailed and applied taking into account the details of relevant types of medical care and services specified in this Annex "Terminology", which is an integral part of the Contract.

DETAILS OF THE TYPES OF CARE AND SERVICES SPECIFIED IN THE INSURANCE PROGRAM

Outpatient care is a medical care to the Insured Person in case of insurance event, the condition of which does not require his/her constant stay at the medical establishment and constant monitoring of medical personnel during the entire treatment course prescribed. It is organized by the Insurer under the terms and conditions of the Insurance Program according to the working hours of the clinic or the doctor whose consultation shall be arranged.

Стационарна 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.

Стационарна 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 екстрений – надання медичної допомоги при настанні страхового випадку в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованого в стационар 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;

Inpatient care is a medical care in round-the-clock hospital in conditions requiring medical care to the Insured person under the round-the-clock supervision of medical personnel in an inpatient conditions, and failure to provide such medical care can lead to death or irreversible changes in the body. It is organized by the Insurer round-the-clock on business, weekends and holidays days.

Inpatient care includes:

- consultations of attending physician, making a diagnosis, prescribing a treatment plan;
- consultation of specialist doctors, including repeated ones, on attending physician's referral;
- carrying out diagnostic laboratory and/or instrumental studies in a round-the-clock hospital, prescribed by attending physician and/or specialist physician according to the treatment guidelines;
- consultations of leading, chief specialists, candidates of medicine, professors, holding conciliums – only in difficult cases, in case of difficult-to-differentiate diagnoses (in absence of the specified reasons, the Insured person can use such a consultation if he/she pays it by him/herself of difference in cost compared to the cost of consulting an ordinary specialist in the same medical establishment);
- alternative consultation is a consultation of another specialist to make a decision on correct prescription of treatment in exceptional cases: decision made by attending physician on the need to attract more qualified specialist; ineffective treatment after consulting of attending physician; recommended treatment associated with surgical interference for making final decision on the need for surgery. Decision on existence of grounds for conducting an alternative consultation shall be made by the Insurer;
- therapeutic treatment, surgical interference, anesthetic care;
- medical procedures and manipulations prescribed by attending physician in accordance with the treatment guidelines,
- medical documentation: examination of temporary incapacity for work with the issuance of sick leave to the Insured person (only in cases when the Insured person is served in a medical establishment licensed to issue temporary incapacity for work sheets); examination of temporary incapacity for work with the issuance of sick leave to one of parents of the Insured child, upon condition that the Insured child is served in a medical establishment licensed to issue temporary incapacity for work sheets and one of parents is the Insured person under the Contract; the Insured person shall inform the Insurer on the need for a sick leave before sending it to a medical establishment (otherwise, medical documentation shall be provided only if there is a license in the relevant medical establishment); provision of medical certificates to preschool and school establishments in case of disease, if the Insured person is a child; the service also includes the issuance of any other medical documentation related to the occurrence of insurance events on medical forms approved by orders of the Ministry of Public Health of Ukraine in the manner stipulated by the law.

Emergency hospital is the provision of medical care in case of insurance event in a hospital for health reasons, when the Insured person shall be placed in a hospital immediately, and the decision on emergency hospitalization shall be made by the doctor of ambulance/emergency team or the polyclinic doctor.

Ambulance is a medical services (care) in conditions requiring urgent and emergency medical care, failure to provide of which can lead to death or irreversible changes in the body. It shall be provided until the condition of the Insured person is stabilized under the supervision of emergency doctor. It is organized by the Insurer round-the-clock on business, weekends and holidays days.

Ambulance and emergency services includes:

- arrival of the emergency medical aid team to the Insured person;
- arrival of specialized emergency medical team if symptoms of the disease clearly require provision of specialized emergency medical care;
- resuscitation procedures;
- diagnostic and treatment procedures required for provision of emergency medical care;
- pharmacological provision in the volume necessary for provision of emergency medical care.

- 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);
- 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 сечого, 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-спеціаліста за відповідним профілем захворювання за направленням лікаря-терапевта, сімейного лікаря

The main symptoms in case of which you need to call an ambulance:

- impairment or loss of consciousness;
- breathing problems (difficult inhaling, exhaling, or lack of breathing);
- pain or a feel of pressure in the chest, that does not stop and does not relieve by taking nitroglycerin;
- pulse is significantly slowed down, weak, absent or significantly accelerated;
- severe acute abdominal pain;
- severe bleeding that does not stop (nasal, etc.);
- blood vomiting or bloody flux (with urine, phlegm, etc.);
- poisoning;
- severe headache, speech impairment, seizures;
- sudden movement disorder (paralysis);
- head, neck, or back injuries;
- possibility of bone fracture;
- presence of a gunshot or knife wound;
- complications of pregnancy.

The Insurer shall not pay for services of calling the ambulance or emergency team in the following cases:

- calling the ambulance team to non-existent, incomplete or inaccurate address that was indicated to the assistant or to the ambulance dispatcher;
- absence of the Insured person at the address indicated when calling the ambulance;
- calling the ambulance team for persons who are not the Insured person under the Contract;
- calling the ambulance team for the purpose of receiving or prescribing planned therapy, blood pressure measurement, planned injections, etc., planned hospitalization, as well as obtaining medical documentation (prescriptions, medical certificates or opinions);
- calling an ambulance team in case of medical conditions not endangering the life of the Insured person;
- calling the ambulance team to the Insured person who is in a state of alcoholic, toxic or drug intoxication.

Urgent medical care is a care in case of sudden acute diseases, conditions, exacerbation of chronic diseases threatening the patient's life.

Emergency medical care is a care in case of sudden acute diseases, conditions, exacerbation of chronic diseases without obvious signs threatening the patient's life.

Transportation involves transportation by specialized vehicles upon condition that such transportation is necessary for medical reasons. It shall be made to the nearest medical establishment that can provide qualified medical care in the appropriate field.

Diagnostics is performing diagnostic tests under the terms and conditions of the Insurance Program, provided for by the treatment guidelines and assigned by the doctor, for the prior disease (except for diseases from the list of exclusions and concomitant diseases) or differential diagnostics between insurance and non-insurance diagnosis (herewith, the diagnosis shall be carried out according to the insurance diagnosis).

Diagnostics includes the following:

- laboratory tests;
 - electrocardiography;
 - X-ray examination;
 - ultrasound examination (U/S) and other types of instrumental tests;
 - computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI) in case of emergency or in case of treatment failure within seven days.
- The types of tests aimed at clarifying diagnostics to determine the etiology, pathogenesis, stage and method of treatment are not covered by insurance.

Physician's medical advise includes the following:

- specialist physician's medical advise in the appropriate field of the disease on referral of general physician, family doctor or coordinating doctor of the Insurer, if the symptoms of the disease clearly require

Додаток № 2 до Оферти №03/ДМС/І 28.09.2020 р.
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, рикеттсіоз (A65-A74);
- 1.3. Контагіозний моліоск (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 (анемія, 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 надлишкова 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), витіліго (L80);
- 1.22. Остеопатії та 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 мононуклеозу), герпес-вірусні інфекції будь-якої локалізації (крім вітряної віспи та оперізуючого лишпаю (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

Appendix № 2 to the Offer №03/ДМС/І 28.09.2020
EXCLUSION FROM INSURANCE EVENTS

1. Groups of diseases and nosological forms according to ICD-10 (including their complications and consequences) that are not diagnosed (except for initial physician's consultation) and not subject for treatment:

- 1.1. Infectious diseases, predominantly sexually transmitted (A50-A64);
- 1.2. Other diseases caused by spirochaetes, chlamydia, rickettsioses (A65-A74);
- 1.3. Molluscum contagiosum (B08.1);
- 1.4. Diseases and conditions caused by human immunodeficiency virus HIV (B20-B24);
- 1.5. Mycoses (B35-B49);
- 1.6. Helminthiasis and parasitic diseases (B65-B83, A75-79);
- 1.7. Pediculosis, scabies, demodicosis, acariasis and other infestations (B85-B89);
- 1.8. Gardnerellosis, bacterial, viral, other infectious agents (B95-B97, N89.9);
- 1.9. Blood and blood-forming organs diseases (anemia, except for anemia due to acute blood loss, blood clotting disorders, etc.), immunodeficiencies and other disorders involving the immune mechanism (D50-D89);
- 1.10. Obesity, metabolic disorders, malnutrition or excess nutrition (E40-E90);
- 1.11. Mental and behavioral disorders, including mental illness, psychopathy, neurasthenia, speech impairment, sleep disorders, asthenic-depressive states, neuroses (F00-F99);
- 1.12. Huntington's disease and other systemic atrophies primarily affecting the central nervous system (G10-G13);
- 1.13. Parkinson's disease, Parkinson's syndrome and other extrapyramidal and movement disorders (G20-G26);
- 1.14. Alzheimer's disease, other degenerative diseases of the nervous system (G30-G32);
- 1.15. Multiple sclerosis and other demyelinating diseases of the central nervous system (G35-G37);
- 1.16. Epilepsy (G40-40.9);
- 1.17. Cerebral palsy and other paralytic syndromes (G80-G83);
- 1.18. Hydrocephalus, encephalopathy of any genesis (G31.2, G93, I67) (including other cerebrovascular diseases-I60-69), and diseases of the nervous system (G00-G99) (except for medicines provision to relieve acute pain/condition for a period of not exceeding than 5 days);
- 1.19. Hypertonic disease (I10-I15);
- 1.20. Liver cirrhosis (K74), hepatitis (K73);
- 1.21. Diseases of the skin and subcutaneous tissue (L00-L99), including acne (L70), psoriasis (L40), dermatitis and eczema (L20-L30), alopecia (L63), vitiligo (L80);
- 1.22. Osteopathy and chondropathy (M80-M94), polyarthropathy (M05-M25), except for provisions of medicines to relieve acute pain for a period not exceeding 5 days);
- 1.23. Infertility (N97, N46), erectile dysfunction (N48.4), sexual dysfunction (F52);
- 1.24. TORCH infections (P35-P39, B00-B27), including toxoplasmosis, cytomegalovirus infections, Epstein-Barr virus-associated diseases (except infectious mononucleosis), herpes virus infections of any localization (except chickenpox and shingles (Herpes Zoster)) etc.;
- 1.25. Congenital anomalies and malformations, hereditary and genetic diseases (Q00-Q99);
- 1.26. Chronic fatigue syndrome (R53), hyperhidrosis (R61);
- 1.27. Malignant neoplasms (C00-C97; D00 - D09);
- 1.28. Benign neoplasms (D10-D36);
- 1.29. Tuberculosis (A15-A19);
- 1.30. Diabetes mellitus (E10-E14);
- 1.31. Hepatitis (B15-B19), except hepatitis A;
- 1.32. Glomerulonephritis (N00-N04);
- 1.33. Endocrine pathology (E00 - E35);
- 1.34. Non-inflammatory diseases of the female genital organs (N80-N98);
- 1.35. Concomitant diseases (diseases that were not the main reason for applying for medical care, but appeared during treatment or are a complication of prior disease);
- 1.36. Treatment of residual effects, chronic disease in remission/incomplete remission/ compensation (e.g., urolithiasis, gallstone disease, hernias, disc protrusions), except for emergency medical care and provision of medicines to relieve acute pain for a period of not more than 5 days;

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 оказаними в цьому пункті захворюваннями та нозологіями надається лише до встановлення клінічного діагнозу (встановлюється на основі первинної діагностики, яка призначена на підставі скарги 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. 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, косокість, 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;

1.37. Receiving medical services and treatment of chronic diseases (except for cases of their exacerbation, more than 2 exacerbations per year), as well as final effects of the disease.

2. Groups of diseases and nosological forms according to ICD-10, which are not covered * under the Contract (except for provision of emergency medical care in case of acute pain and/or life-threatening conditions of the Insured person):

** medical care for diseases and nosologies specified in this paragraph shall be provided only before making a clinical diagnosis (it shall be made on the basis of primary diagnosis, which is based on patient complaints, history, objective examination, sometimes by using general clinical, laboratory and/or instrumental test methods (for example: general blood, urine tests, chest radiography, to detect any pathological process and to confirm the initial diagnosis))*

2.1. Highly dangerous cholera infections (A00), typhoid and paratyphoid fever (A01), plague (A20), anthrax (A22), brucellosis (A23), glanders and melioidosis (A24);

2.2. Vegetative-vascular dystonia (F45.3; G90.9), migraine (G43) (except for medicines provision to relieve a crisis state for a period not exceeding 5 days);

Polynneuritis and other diseases of peripheral nervous system (G60, G62-G64) (except for medicines provision to relieve acute pain for a period not exceeding 5 days);

Cataract, other lens diseases (H25-H28), glaucoma (H40-H42), eye muscle diseases, strabismus, impaired movement (H49-H51), myopia (H52.1), hyperopia (H52.0), astigmatism (H52.2), other accommodation and refraction disorders (H52.3-H52.7), other visual disorders and blindness (H53-H54), dry eye syndrome (H16.2);

Rheumatism (I00-I02), chronic diseases of the circulatory system (I00-I99): cardiosclerosis, coronary artery disease, atherosclerosis, cardiomyopathies, mitral valve prolapse and others (except for medicines provision to relieve acute pain/condition for a period not exceeding 5 days)

2.6. Crohn's disease (K50), ulcerative colitis (K51-K52);

2.7. Systemic connective tissue diseases (M30-M36), inflammatory polyarthropathies (code M05-M14) (except for medicines provision to relieve acute pain for a period not exceeding 5 days);

2.8. Chronic renal failure (N18), chronic lesions of kidneys and ureters (contracted kidney, small kidney, etc.) (N20-N29);

2.9. Retinal diseases (H30-H36);

2.10. Age-related diseases; degenerative-dystrophic diseases, incl. musculoskeletal system, including osteoarthritis, osteochondrosis of spine (M42) and other dorsopathies/conditions arisen against osteochondrosis (sciatica, lumbodynia and others), except for medicines provision to relieve acute pain for a period not exceeding 5 days;

2.11. Chronic venous insufficiency, (I80-I89), incl. varicose veins, except for acute conditions (acute thrombophlebitis, phlebothrombosis, hemorrhoidal vein thrombosis, acute hemorrhoids, hemorrhoidal bleeding), (I83);

2.12. Mastopathy (N60);

2.13. Gastroesophageal reflux (K21);

2.14. Irritable bowel syndrome (K58); conditions accompanied with physiological disorders of the body microflora, in particular, dysbiosis, dysbiosis (K63.8.0);

2.15. Other specified diseases of the gallbladder (K82.8), including dyskinesia of the gallbladder/biliary tract;

2.16. Allergic diseases, except for conditions requiring emergency medical care in conditions that threaten the life of the Insured person, namely: Quincke's edema, anaphylactic shock, etc.; allergic dermatitis and rhinitis (L23, J30.1. - J30.3.).

3. Methods of treatment, prevention or diagnosis not covered by the Contract:

3.1. treatment with alternative medicine, hypnosis, psychotherapy, iridology, biocorrection, reflexology, experimental treatment, ozone therapy, auto hemotherapy, oxygen cocktails with drug solutions, hyperbaric oxygenation, internal vascular blood irradiation with ultraviolet and laser light, cryotherapy, cryomassage, SPA capsules etc.;

3.2. consultations and other services of psychologist, psychotherapist, psychoanalyst, speech therapist, nutritionist, audiologist, cosmetologist, sonologist, homeopath, narcologist;

3.3. prosthetics, endoprosthetics, cosmetic, plastic or cosmetology services, aesthetic, reconstructive surgery, including planned hernioplasty, rhinoplasty; elective lithotripsy; venectomy etc. (except for cases of skin transplantation due to burns, as well as prompt recovery as a result of accident that occurred during the term of the Contract);

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

3.3. протезування, ендопротезування, косметичні, пластичні чи косметологічні послуги, естетичні, реконструктивні оперативні втручання, в тому числі планова герніопластика, риноластика; 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 апарату 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 абортів, 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 видалених 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 ліжко-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, ліпдограма, 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 туберкульоз);

3.21. Захворювання, пов'язані з особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб та епідеміями, згідно наказів МОЗ

3.4. heart and blood vessels surgeries; invasive procedures (including coronary angiography, coronary artery bypass grafting, stenting of any vessels, electrophysiological examination, mapping, radiofrequency ablation, except for conditions that threaten the life of the Insured person) surgeries carried out with the use of heart-lung machine; valve replacement; planned neurosurgical surgeries;

3.5. weight change, obesity treatment, human body modification, including surgical sex reversal;

3.6. treatment of colloidal scars, removal of warts, papillomas, moles, lipomas, polyps, hemangiomas, melanocytic nevi (D22) and benign skin neoplasms (D23), except for complicated cases of trauma, suppuration etc.;

3.7. artificial insemination, abortion, family planning services, contraception, sterilization;

3.8. preventive and therapeutic vaccinations (except for tetanus and hydrophobia vaccinations);

3.9. rehabilitation (including after treatment), recovery after completion of treatment, elimination of long-term consequences of diseases or accidents, sanatorium, preventive treatment, health services (swimming pool, gym, fitness centers, SPA complexes, etc.);

3.10. provision of medical documentation not related to the occurrence of insurance events (tests for professional suitability, certificates for police, etc.);

3.11. provision of medical care during pregnancy and childbirth;

3.12. preventive treatment, including medication;

3.13. expenses for control and clarifying diagnostics to determine the type, stage, form of the disease, treatment method;

3.14. treatment using laser technologies, including vision correction and retinal diseases treatment;

3.15. purchase of organs for transplantation, their search, delivery, payment to donors, blood and blood products; surgical interference for organ or tissue transplantation, prosthetics (joints, renal, peripheral arteries, etc.), freezing and transplantation of living cells, bone marrow transplantation (except for payment for ward during the stay of the Insured person at medical establishment of service class 1*, 2* and standard meals for this medical establishment for transplantation and prosthetics regarding diseases covered by the Insurance Program);

3.16. cost of any surgeries or treatments not completed or are expected before this Contract enter into legal force, as well as the costs of planned treatment, incl. removal of surgical hardware not installed during the period of continuous validity of insurance contracts concluded with the Insurer on the same subject of the Contract;

3.17. hormonal tests (more than 4 hormones during the Contract term), immunograms, allergy tests, allergological panel, tumor markers, lipidogram, DNA diagnostics, densitometry, genetic tests, routine diagnostics of homeostasis of the Insured person's body;

3.18. treatment of symptoms, signs of disease and inaccurately defined conditions, unspecified and uncertain diseases according to ICD-10, until final diagnosis is made (except for cases of acute pain relief and emergency care), treatment of chronic diseases outside the exacerbation stage;

3.19. cost of supporting, depressing, replacement, hormonal (except for hormonal drugs in case of inpatient treatment) therapy during treatment of diseases and conditions requiring long-term use (menopause, exhausted ovary syndrome, endometriosis, etc.).

3.20. diseases, the treatment of which is provided by government reimbursement program "Dostupni Liky" [transl. "Affordable Medicines"] (cardiovascular diseases, type II diabetes mellitus, bronchial asthma as well as tuberculosis).

3.21. Diseases associated with especially dangerous infectious and parasitic diseases of a person and carriage of these diseases and epidemics pathogens, according to the orders of the Ministry of Public Health of Ukraine and/or recommendations or WHO provisions, regardless of time and volume of complex of quarantine measures by state sanitary and epidemiological establishments.

4. Medicines and supplies not covered under the Contract:

4.1. medicines and consumables purchased outside the pharmacy chain of Ukraine and/or not registered in Ukraine; medicines not provided for by relevant guidelines and standards of the Ministry of Public Health;

4.2. medical products that are not provided for by the Insurance Program or are not included to the pharmacological provision/extended pharmacological provision in accordance with Details to the Insurance Program; pharmacological provision/extended pharmacological provision lasting more than 30 days from the date of treatment initiation; cost of two or more medicines of one pharmacological group, except for cases when one medicine is local and the second one is general action;

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 рідину; препарати, які впливають на метаболізм та обмін речовин;

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

4.5. мильні, 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.

4.3. Antihypoxic, antioxidant medicines that improve blood flow, as well as medicines that replace synovial and lacrimal fluid; medicines affecting metabolism and exchange;

4.4. stents, shunts, sets for embolization, dearterialization, artificial ties, resorptive bolts, prostheses (except proline mesh for urgent herneoplasty), electrodes, cutting loops, orthoses, sets for arthroscopy;

4.5. crutches, postoperative bandages;

4.6. lenses, glasses, lens, hearing aids, inhalers, orthopedic aids and manuals, etc.;

4.7. hygiene items, shampoos, creams, pastes, and other cosmetics products;

4.8. medical equipment and any medical devices/means (including replacing or correcting functions of organs) requiring additional payment for inpatient/outpatient treatment (including fixators for osteosynthesis of the manufacturing countries of Poland, Czech Republic, Slovenia and the Russian Federation), medical instruments, medical supplies (except for syringes for injections and transfusion systems, bandages, cotton wool, plaster casts, Scotchcast (exclusively white), etc.) disinfectants.

5. Exclusions from insurance events specified in this Annex 2 shall apply, unless otherwise provided by the Insurance Program chosen under the Contract.