



Договір добровільного медичного страхування (приєднання)

Оферта № р1мс8 від 02.04.2018 р.
Київ

1. Цей Договір добровільного медичного страхування (надалі - Договір) укладено відповідно до Закону України «Про страхування», Правил № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за № 0350812 (надалі – Правила). При розбіжності в умовах страхування положення даного Договору мають перевагу.

2. Визначення понять

2.1. Асистанс - підрозділ Страховика, який забезпечує організацію та фінансування медичних послуг, медикаментів та товарів медичного призначення в обсязі, передбаченому Програмою страхування.

2.2. Застрахована особа – фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування, про страхування якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування здоров'я та працездатності на свою користь, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.3. Вигодонабувач – Застрахована особа. У разі, якщо Застрахована особа на момент подання документів або отримання виплати є неіснуючою або померла – Вигодонабувач визначається згідно чинного законодавства.

2.4. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, Дорожня поліція тощо).

2.5. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснювати страхові виплати при настанні страхового випадку. Страхова сума за Договором зменшується на суму виплати по кожному страховому випадку.

2.6. Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням причин відмови.

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

2.8. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулася після набуття чинності Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Вигодонабувачу).

2.9. Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов Договору.

2.10. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.11. Програми страхування «Базова», «Стандарт», «Стандарт+» - варіанти страхового покриття, опцій та лімітів за Договором, який укладається у формі договору приєднання до цієї оферти на основі Правил, та які можуть бути обрані Страхувальником при укладенні Договору.

2.12. Норматив на ведення справи - норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 40% від страхового платежу.

3. Сторони Договору. Страховик. Страхувальник

- 3.1. Сторони Договору** - Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується як Сторона, а разом – Сторони.
- 3.2. Страховик** - АТ «Страхова компанія «АХА Страхування» адреса: Україна, 04070, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8.; тел.: 38 (044) 391 11 22; факс: 38 (044) 391 11 21; Код ЄДРПОУ 20474912
- 3.3. Страхувальник** - дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, шляхом підписання Заяви-приєднання (акцепту) до цього Договору, і яка таким приєднанням укладає Договір про страхування здоров'я та працездатності на користь себе або іншої особи, по відношенню до якої у Страхувальника є майнові зобов'язання.

4. Предмет Договору

Предметом Договору є страхування майнових інтересів Страхувальника, що не суперечать Законодавству та пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи. Згідно умов цього Договору, Страховик зобов'язується здійснювати організацію та фінансування медичних послуг, медикаментів та товарів медичного призначення, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованій особі відповідно до обраної Програми страхування, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором строки та способом, а також виконувати інші умови Договору.

5. Страхова сума. Страховий тариф. Страховий платіж

Страхова сума, страховий тариф, страховий платіж вказані у Блоці С даної Оферти по кожній Програмі окремо. Страховий платіж по відношенню до конкретної Застрахованої особи вказаний у Заяві- приєднання (Акцепті).

6. Порядок сплати страхового платежу

Страховий платіж сплачується шляхом одноразової сплати грошових коштів в повному обсязі на розрахунковий рахунок Страховика до початку дії Договору згідно з рахунком.

7. Строк дії Договору

- 7.1.** Договір укладається на строк, визначений у Заяві акцепті, не менше ніж на 365 (триста шістьдесят п'ять) календарних днів.
- 7.2.** Дата початку та закінчення дії Договору вказані в п. 8.2. Заяви – приєднання (Акцепту), при цьому початок дії Договору не може бути раніше дати сплати страхового платежу.

8. Територія страхування

Україна (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).

9. Порядок укладання Договору

- 9.1.** Текст цього Договору приєднання (оферти) підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України (надалі – Оферта).
- 9.2.** Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Страхувальник може приєднатися до неї шляхом підписання Заяви.
- 9.3.** Страхувальник може з нею ознайомитись на Інтернет – ресурсі за адресою www.axa-ukraine.com.
- 9.4.** Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати Страхувальник шляхом приєднання до Договору в цілому.
- 9.5.** Заява – приєднання (Акцепт) оформлюється в двох примірниках з унікальним номером. Один оригінальний примірник Заяви зберігається у Страховика на підтвердження укладення Договору, інший примірник залишається у Страхувальника.
- 9.6.** Договір складається з Оферти та Заяви-акцепту і вважається укладеним із моменту підписання Страхувальником Заяви - акцепту, у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України.
- 9.7.** Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує та визнає, що до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився, та ознайомив Застраховану особу, зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в мережі

Інтернет на веб-сторінці Страховика www.aha-ukraine.com, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

9.8. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду на отримання від АТ «СК «АХА Страхування» інформаційних SMS повідомлень.

9.9. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором.

9.10. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної в Заяві-Акцепті, іншої інформації (в тому числі записів телефонних розмов) та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором.

9.11. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує, що на день укладання договору Застрахована особа не є інвалідом I, II групи чи інвалідом дитинства; не є військовослужбовцем, співробітником правоохоронних органів, не хворіє на тяжкі та соціально значущі хвороби, а саме злоякісні новоутворення, туберкульоз, алкоголізм, наркоманія, психічні розлади та захворювання; в анамнезі немає (не хворів, не діагностувалось та не проводилось лікування) інсульту головного мозку, інфаркту, вроджених аномалій (вад розвитку) деформацій та хромосомних порушень віднесених до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальних пошкоджень та їх наслідків, не перебуває на стаціонарному лікуванні та не потребує медичної допомоги.

10. Особливі умови/додаткова інформація

10.1. Страховий захист діє цілодобово.

10.2. Всі розрахунки за цим Договором здійснюються у грошовій одиниці України.

11. Дії Застрахованої особи/Вигодонабувача при настанні страхового випадку

11.1. При необхідності в медичній допомозі за опціями, які включені до програми страхування, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, якщо претендує на визнання випадку страховим, повинна повідомити Асистансу за телефоном, що вказаний в Заяві - акцепті, наступну інформацію:

11.1.1. номер сервісної картки, вказаний у п. 3 Акцепту;

11.1.2. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

11.1.3. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;

11.1.4. контактний телефон.

11.2. Лікар – координатор Асистанса проводить ідентифікацію та чинність Договору, надає консультації та, у разі необхідності, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.

11.3. Медична допомога, за умовами Договору, надається медичною установою при наявності Акцепту та документу, що посвідчує Застраховану особу та на підставі гарантії Асистанса.

11.4. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими укладено Договори про співробітництво, відповідно до Програми страхування.

11.5. При необхідності отримати медичну допомогу в медичному закладі, з яким Страховик/Асистанс не має договірних стосунків, Застрахована особа, якщо претендує на сплату таких послуг Страховиком, має попередньо, перед отриманням такої послуги, погодити своє звернення з Асистансом/Страховиком.

12. Страховий випадок та страхова виплата

12.1. Страховим випадком є консультативні послуги Асистансу, медичні послуги, надані виключно медичним або фармацевтичним закладом за направленням Асистансу в межах та в обсязі Програми страхування Застрахованій особі з приводу гострого стану при гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, травми, отруєння.

12.2. Детальний опис опцій, які включені до Програм страхування, наведені у Блоці В.

12.3. Страховик здійснює страхову виплату:

12.3.1. шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів та товарів медичного призначення, медичним закладам, що надали медичну допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування;

12.3.2. Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі самостійної сплати нею послуг та медикаментів, при умові дотримання процедури згідно п. 11 Оферти.

12.4. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, зазначених у п. 12.7, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість. У випадку оплати наданих медичних послуг через Страховика заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт медичного закладу.

12.5. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати медичним закладам визначений договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.

12.6. Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги.

12.7. Перелік документів, що підтверджують страховий випадок, який Застрахована особа або її уповноважені представники у разі бажання відшкодування витрат, повинна надати Страховику:

12.7.1. заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком), з обов'язковим зазначенням номеру Заяви приєднання (Акцепту) та номеру сервісної картки (форма заяви розміщена на сайті Страховика).

12.7.2. засвідчену Вигодонабувачем копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;

12.7.3. засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;

12.7.4. оригінал виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування;

12.7.5. копії рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;

12.7.6. оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);

12.7.7. оригінали платіжних документів з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів;

12.8. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю, необхідно надати додатково наступні документи:

12.8.1. копію ліцензії на право надання таких послуг;

12.8.2. копію свідоцтва про державну реєстрацію;

12.8.3. копію свідоцтва про сплату єдиного податку/ податку на додану вартість.

12.9. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Застрахованою особою або її представником, в термін не пізніше 30 календарних днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну перебування на «лікарняному листі» - період тимчасової непрацездатності/виписки зі стаціонару, а також не пізніше 30 календарних днів після припинення або дострокового припинення цього Договору, якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті, письмово повідомивши про це Застраховану особу або Вигодонабувача з наведенням аргументації.

12.10. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.

12.11. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

12.12. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

12.13. Розмір страхової виплати визначається програмою страхування, яка наведена у Блоці В даної Оферти.

12.14. Документи на страхову виплату, перелік яких зазначений в п.12.7 Оферти, необхідно надати представнику Страховика за адресою: Центр виплат AXA (<http://axa-ukraine.com/ru/contacts>) або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.

12.15. У випадку, якщо оригінали документів пересилаються поштою, рекомендується відправити їх листом з повідомленням, щоб уникнути можливої втрати при пересилці. У випадку пересилання оригіналів документів поштою, датою надання документів в розумінні п.12.8 - є дата штемпелю на конверті та/або дата оплати послуг поштового зв'язку.

12.16. Загальна сума виплат за Договором не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією, якщо таке передбачено Програмою страхування.

12.17. Страховик не відшкодовує витрати на медичну допомогу та медикаменти, які виникли до початку дії Договору або після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії Договору, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням, розпочався в період дії Договору. В даному випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення дії Договору.

12.18. У випадку отримання послуг Застрахованою особою у медичних установах не з переліку Страховика, при дотриманні умов п. 11, Страховик відшкодовує в рамках ліміту: а) 100% вартості медикаментів ,б) частину або повну вартість

послуг, яка не перевищує максимальний клас медичної установи, передбаченої програмою страхування, які наведені у Блоці В даної Оферти, при наявності повного пакету документів зазначеного в п. 12.7 – 12.8.

13. Зміна Договору та припинення його дії

13.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.

13.2. Всі зміни до Договору мають бути оформлені як Додаткові угоди до Договору, які стають невід'ємними частинами з моменту підписання або з дати, вказаної в Додатковій угоді.

13.2.1. У разі внесення змін до Оферти Страховиком, Страховик повідомляє Страхувальнику про такі зміни шляхом листа-повідомлення, надісланого за адресою, вказаною Страхувальником у заяві Акцепті або шляхом смс повідомлення. Усі зміни до Оферти розміщуються Страховиком на сайті Страховика за адресою www.axa-ukraine.com. Зміни вступають в дію з 01 (першого) числа місяця, наступного за місяцем внесення змін (наступного за поточним місяцем), у разі якщо зміни внесені в період з 01 по 15 число поточного місяця, та з 15 (п'ятнадцятого) числа місяця, наступного за місяцем внесення змін, у разі якщо зміни внесені в період з 16 по 31 число поточного місяця.

13.2.2. У разі незгоди зі змінами до умов Договору, такий договір може бути розірваний на підставі письмової заяви Страхувальника, яка має бути надіслана Страхувальником Страховику на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, СК «АХА страхування» у Департамент особистого страхування; Відсутність такої заяви трактується Сторонами як згода на внесенні зміни до Договору.

13.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність по відношенню до конкретного Страхувальника/Застрахованої особи у разі:

13.3.1. закінчення строку дії Договору;

13.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованої особи у повному обсязі;

13.3.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

13.3.4. прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;

13.3.5. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

13.4. Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, Страхувальник – шляхом надсилання заяви на розірвання Договору згідно п. 13.2.2., Страховик – шляхом листа-повідомлення, надісланого за адресою, вказаною Страхувальником у заяві Акцепті.

13.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

13.4.1.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат;

13.4.1.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

13.4.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:

13.4.2.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;

13.4.2.2. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат.

13.5. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

13.6. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у разі виникнення обставин нездоланної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин нездоланної сили належать:

13.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за цим Договором або призводять до значного, більше 50% з дати початку дії страхового покриття по відношенню до Застрахованої особи та непрогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення.

13.6.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об'явлені на території України після укладення Договору.

14. Права та обов'язки сторін

14.1. Страховик зобов'язаний:

14.1.1. ознайомити Страхувальника з Правилами страхування, розміщеними на сайті Страховика за адресою: <https://axa-ukraine.com/company/funds/>.

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

14.1.3. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;

14.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом.

14.2. Страховик має право:

14.2.1. перевіряти інформацію надану Страхувальником, при укладанні Договору;

14.2.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до правоохоронних органів, медичних закладів про обставини страхового випадку;

14.2.3. перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи для уточнення обставин випадку, розмір витрат, а також направити, за рахунок Страховика, Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

14.2.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених у п. 17, та у разі якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі);

14.2.5. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

14.3. За письмовим запитом Страхувальника протягом тридцяти календарних днів надавати йому звіт фактичних страхових та заявлених виплат, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованої особи на дату запиту звіту;

14.4. Страхувальник зобов'язаний:

14.4.1. вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором;

14.4.2. під час дії Договору інформувати Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про будь-які зміни страхового ризику, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника;

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

14.4.4. дотримуватись умов Договору.

14.5. Страхувальник має право:

14.5.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору;

14.5.2. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;

14.5.3. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

14.5.4. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

15. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору

15.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

15.2. Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

15.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.

15.4. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великобританії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

16. Опис опцій, що включені або не включені в страхове покриття в залежності від Програми страхування

16.1. Визначення страхового випадку:

16.1.1. Страховим випадком є медична допомога, надана Застрахованій особі під час дії Договору медичним або фармацевтичним закладом за направленням або, у виключних випадках, попереднім (перед отриманням послуги) погодженням Асистиансу у межах та в обсязі Програми з приводу, стану, який настав під час дії Договору. При цьому тривалість одного випадку - до 45 днів з дати з першого звернення, в т.ч. лікування (медикаментозне та іншими методами) - курсом до 30 днів, в т.ч. лікування гострого стану - до зняття загострення.

16.1.2. До страхових випадків згідно даного Договору відноситься надання медичної допомоги при гострому захворюванні (діагностика та лікування гострого стану) загостренні хронічного захворюванні (діагностика та лікування гострого стану), травми, отруєнні або іншому нещасному випадку.

16.1.3. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має хронічне (-ні) захворювання в стадії ремісії) можливе захворювання проявляється погіршенням життєвих показників, та часто, але не обов'язково, больовим синдромом, про що дана особа виражає суб'єктивні скарги.

16.1.4. Під «погіршенням життєвих показників» тут розуміється:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми

- порушення свідомості що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням
- підвищення артеріальний тиск та ЧСС вище фізіологічної норми
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі),
- різке порушення нормального для даної особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму).

16.1.5. Визначення гостроти, стадії патологічного процесу - здійснює лікар після первинної консультації та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового.

16.1.6. Послуги щодо хронічного захворювання сплачується за одним захворюванням - 1 раз на рік. Під "Захворюванням" тут розуміється - діагноз та етіологічно пов'язані із ним стани із одного "нозологічного блоку" згідно МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб»).

16.2. Перелік медичних установ наведений на сайті Страховика за адресою: <http://axa-ukraine.com>. Вибір медичного закладу відповідного класу передбаченого програмою страхування здійснюється тільки за погодженням з лікарем-координатором Асистанса.

16.3. Швидка медична допомога. Передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні державними, відомчими або приватними медичними установами 1-11 класу за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика).

16.3.1. Сумарний ліміт за опцією на рік складає 25 000,00 грн., але не більше 2 (двох) виїздів бригади.

16.3.2. Склад опції:

16.3.2.1. виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа в межах населеного пункту, де знаходиться медична установа, яка надає послуги невідкладної медичної допомоги, а також у межах 30-км зони (за правилами виміру, встановленими у медичній установі) зі 100% покриттям транспортних витрат за рахунок Страховика;

16.3.2.2. реанімаційні заходи;

16.3.2.3. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

16.3.2.4. медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто забезпечення медичними препаратами для стабілізації стану хворого під час надання невідкладної медичної допомоги медичним персоналом невідкладної медичної допомоги);

16.3.2.5. транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності екстреної стаціонарної допомоги при наявності загрози життю Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

16.3.2.6. медична допомога травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше);

16.3.2.7. транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно, з медичних причин, прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги;

16.3.2.8. транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в екстреній стаціонарній медичній допомозі;

16.3.2.9. транспортування з травмпункту до місця проживання Застрахованої особи (в межах одного населеного пункту) у випадку травмування нижніх кінцівок;

16.4. Екстрена стаціонарна допомога. Передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають екстреної медичної допомоги в стаціонарі. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, лікар поліклініки). Екстрена стаціонарна допомога - така допомога, яка повинна бути надана протягом 12 годин з моменту звернення, ненадання якої може призвести до летального випадку або привезти до незворотних змін в організмі.

16.4.1. При станах, які **вимагають екстреного оперативного втручання** сумарний ліміт за опцією на рік складає 20 000,00 грн., але не більше 2 (двох) випадків.

16.4.1.1. Послуги та перебування організовується та сплачується:

- **для дорослих (особи віком від 18 до 65 років включно)** – в медичних установах класу 1-3 за класифікацією Страховика з покриттям - 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах не сплачуються.

- **для дітей (особи віком від 1 до 17 років включно)** - в медичних установах класу 1-10, за класифікацією Страховика, з покриттям – 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються..

16.4.1.2. Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами та засобами медичного призначення для дорослих і дітей здійснюється з покриттям 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією.

16.4.2. При станах, які **не вимагають оперативного втручання** сумарний ліміт за опцією на рік складає 20 000,00 грн., але не більше 1 (одного) випадка.

16.4.2.1. Послуги та перебування організовується та сплачується:

- **для дорослих та дітей** – в медичних установах класу 1-3 за класифікацією Страховика з покриттям - 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються..

16.4.2.2. Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами та засобами медичного призначення для дорослих і дітей здійснюється з покриттям 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією.

16.4.3. Склад опції:

16.4.3.1. перебування Застрахованої особи загальною тривалістю до 15 днів за одним страховим випадком в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в медичних установах відповідно до Програми страхування;

16.4.3.2. при здійсненні екстреної госпіталізації, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

16.4.3.3. харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

16.4.3.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

16.4.3.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

16.4.3.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм- окрім зазначених у п. 17 «Виключення»);

16.4.3.7. терапевтичне та оперативне лікування (використання кисню, закису азоту, фтору та ін. під час оперативних втручань), анестезіологічна допомога;

16.4.3.8. перебування у відділенні інтенсивної терапії;

16.4.3.9. використання операційного блоку та післяопераційної палати;

16.4.3.10. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі;

16.4.3.11. експертиза тимчасової непрацездатності з видачою листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі, (у випадках отримання медичної допомоги в приватному медичному закладі - надання листів непрацездатності - не гарантовано).

16.4.4. У разі неможливості визначити необхідність оперативного лікування на момент екстреної госпіталізації дитини медичною установою класу 4-10 однозначно, Страховик гарантує сплату послуг частково у розмірі 100% вартості аналогічних послуг в медичній установі класу 1-3. Якщо під час такої госпіталізації буде проведено оперативне втручання, Страховик гарантує 100% сплати послуг приватної установи в рамках ліміту за опцією.

16.5. Амбулаторно-поліклінічна допомога - лабораторна діагностика (для діагностики гострого стану) (тільки для програм страхування «Стандарт» та «Стандарт +»)

Передбачає лабораторну діагностику для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях класу 1-5 за класифікацією Страховика. Отримання послуги організовується в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи медичної установи. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються..

16.5.2. Сумарний ліміт за даною опцією на рік складає 2 000,00 грн., але не більше 2 (двох) випадків.

16.5.3. Виключенням з покриття по даній опції є загальний аналіз крові та загальний аналіз сечі.

16.6. Амбулаторно-поліклінічна допомога - інструментальна діагностика (для діагностики гострого стану) (тільки для програм страхування «Стандарт» та «Стандарт +»)

Передбачає забезпечення проведення усіх методів інструментальної діагностики, окрім КТ, МРТ, для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих діагностичних центрах класу 1-5 за класифікацією Страховика та сплачується на рівні 80% вартості, але в межах ліміту за даною опцією.

Забезпечення проведення КТ, МРТ для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих діагностичних центрах класу 1-5 за класифікацією Страховика сплачується на рівні 50% вартості, але в межах ліміту за даною опцією.

Організовується в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи поліклініки.

16.6.2. Сумарний ліміт за даною опцією в рік складає 5 000,00 грн., але не більше 2 (двох) страхових випадків.

16.6.3. Виключенням з покриття по даній опції є флюорографія.

16.7. Медикаменти при амбулаторно-поліклінічній допомозі (тільки для програми страхування «Стандарт +»)

Передбачає забезпечення через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик та/або Асистанс, Застрахованих осіб медичними препаратами, які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.

16.7.2. Сумарний ліміт за даною опцією в рік складає 1 000,00 грн.

16.8. Консультації лікаря (тільки для програми страхування «Стандарт+»)

Дана опція включає в себе організацію послуг «Лікар до дому» (консультація сімейного лікаря, лікар загального профілю, терапевта, педіатра), телемедичну консультація або консультацію спеціаліста в поліклініці.

Організація послуг здійснюється на базі державних, відомчих або приватних медичних установ, клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються..

16.8.2. Сумарний ліміт за даною опцією в рік складає 3 консультації.

16.8.3. Склад опції:

16.8.3.1. Послуга «Лікар до дому» - передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі на дому у випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не має можливості звернутись за допомогою в поліклініку.

16.8.3.1.1. Послуги організовується виключно в робочі дні, в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Вибір лікаря та медичної установи, яка надає допомогу залишається за Асистансом та/або Страховиком;

16.8.3.1.2. Показання для виклику лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря:

- **для дорослих** (температура більше 37,5°C; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; підвищення артеріального тиску більше 30 мм рт.ст. від норми (120/80) або зниження артеріального тиску від звичайних показників для конкретної Застрахованої особи);

- **для дітей** (температура більше 37,5°C; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; утруднене дихання, гавкаючий кашель; симптоми дитячих інфекційних захворювань).

16.8.3.1.3. Транспортні витрати на транспортування лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря до дому або офісу Застрахованої особи Страховик сплачує виключно в межах населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу

- Транспортні витрати на транспортування лікаря не сплачуються - у випадку знаходження Застрахованої особи поза межами населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу.

16.8.3.1.4. Консультації вузьких спеціалістів на дому не здійснюються у зв'язку з необхідністю додаткових пристроїв або маніпуляційної техніки.

16.8.3.2. Послуга «Телемедична консультація» - консультація, яку надає лікар медичної установи за допомогою телефонного зв'язку або за допомогою Skype при наявності погодження із Асистансом та в медичному закладі за вибором Асистанса. процес обговорення конкретного клінічного випадку Застрахованою особою і лікарем з метою надання висококваліфікованої невідкладної або планової медичної допомоги, причому Застрахована особа та лікар розділені географічною відстанню і для проведення консультації використовують спеціальні засоби телекомунікації.

Організація даної послуги здійснюється при виникненні проблем зі здоров'ям у Застрахованої особи та у випадках:

- коли вона не може приїхати в клініку внаслідок територіальних перешкод (Застрахована особа у відпустці, на робочому місці, за кордоном, за містом тощо) або тимчасових (немає часу приїхати в клініку);

- стан Застрахованої особи дозволяє консультувати її по телефону;

- Застрахована особа вже була на первинній консультації у лікаря, пройшла додаткові обстеження і потребує консультації за результатами обстеження.

- Застрахована особа проходить курс лікування і її теперішні симптоми вимагають консультації лікаря для корекції схеми лікування.

16.8.3.3. Послуга «Консультація спеціаліста в поліклініці» – передбачає організацію послуги згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

16.8.3.3.1. Консультація лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці організовується при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання, для направлення Застрахованої особи до лікаря-спеціаліста;

16.8.3.3.2. Консультація лікаря-спеціаліста в поліклініці за направленням лікаря-терапевта або лікаря-координатора Асистанса організовується, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста (ЛОР, невропатолог, гінеколог і т.д.).

16.9. Отримання послуг за опціями, наведеними в пунктах 16.5, 16.6, 16.7 та підпункті 16.8.3.3. можливо виключно на підставі документального підтвердження призначення лікуючого лікаря. Порядок отримання послуги:

16.9.1. Звернутись до Центру медичного асистанса, за телефоном вказаним в Заяві – акцепті.

16.9.2. На електронну адресу Центру медичного асистанса sta@axa-ukraine.com надіслати копію консультативного заключення лікаря, з обов'язковим зазначенням: ПІБ пацієнта, діагнозу, дата звернення, призначень досліджень. Таке заключення обов'язково повинно бути завірене підписом та печаткою лікуючого лікаря та печаткою медичної установи).

16.9.3. На підставі отриманих документів, Центр медичного асистанса проводить експертизу (чинність полісу, правомочність призначень) та організовує отримання медичної послуги в об'ємі, передбаченому Програмою (бронює час та повідомляє відповідно Застрахованій особі час та місце для отримання послуги або медикаментів та в подальшому сплачує надані послуги медичній установі або сплачує вартість медикаментів).

17. Виключення зі страхових випадків

17.1. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, захворювань та станів, які не підпадають під визначення «Страхового випадку» згідно п. 16.1. та на покриття послуг, не передбачених програмою страхування.

17.2. Абсолютним виключенням є будь-які послуги та товари з приводу діагностики та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

17.2.1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани;

17.2.2. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;

17.2.3. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;

17.2.4. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

17.2.5. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну;

17.2.6. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта, атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз та ін.);

- 17.2.7.** особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 (<http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383>) та Лепра;
- 17.2.8.** вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; Перинатальні пошкодження та їх наслідки;
- 17.2.9.** ожиріння;
- 17.2.10.** аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції, будь – які послуги спрямовані настання та ведення вагітності та пологів;
- 17.2.11.** захворювання шкіри та її придатків, алергічні захворювання, окрім надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке.
- 17.2.12.** захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 17.2.13.** захворювання та травми у випадку подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації;
- 17.2.14.** підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є: недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря;
- 17.2.14.1.** створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 17.2.14.2.** отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи; отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування та/або отримання послуг у медичних закладах, не передбачених Програмою страхування.
- 17.2.15.** Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати діагностики та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
- 17.2.16.** хронічна ниркова та печінкова недостатність;
- 17.2.17.** злаякісні та доброякісні новоутворення;
- 17.2.18.** туберкульоз;
- 17.2.19.** цукровий діабет та їх ускладнення;
- 17.2.20.** будь-які гормонозалежні захворювання;
- 17.2.21.** захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, гірськолижним спортом та активним відпочинком на гірськолижних курортах тощо);
- 17.2.22.** хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність);
- 17.2.23.** дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
- 17.2.24.** системні захворювання сполучної тканини;
- 17.2.25.** анемія;
- 17.2.26.** мігрень, епілепсія.
- 17.3.** Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:
- 17.3.1.** Будь – які послуги, непередбачені програмою страхування, в т.ч. стоматологічна допомога, фізіопроцедури, масаж, мануальна терапія, послуги маніпуляційного кабінету, реабілітація, послуги хоспісу, планових спостережень, профілактичних послуг та медикаментів, санаторно-курортне лікування тощо;
- 17.3.2.** косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури;
- 17.3.3.** операції за бажанням (не за медичними показниками);
- 17.3.4.** операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, стентування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;
- 17.3.5.** операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
- 17.3.6.** експериментальні та нетрадиційні методи лікування (діагностика по Фолю, біоенергетика, гірудотерапія, озонотерапія, склеротерапія, гіпноз, рефлексотерапія тощо.), методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах "Про затвердження клінічних протоколів лікування».
- 17.3.7.** екстракорпоральні методи лікування: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.;
- 17.3.8.** гідроклонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, алергопроби, імунограми;
- 17.3.9.** ЛФК (лікувальна фізкультура) - окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару;
- 17.3.10.** послуги косметолога, парикмахера, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата);

17.3.11. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;

17.3.12. довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та ін.);

17.3.13. будь-які послуги поза медичної установою, окрім надання невідкладної медичної допомоги та допомоги згідно визначення опції «лікар додому»;

17.3.14. надання медичної допомоги (окрім швидкої невідкладної допомоги) внаслідок заняття Застрахованою особою спортом та активним відпочинком (гірськолижний відпочинок, групові заняття та тренування на професійному та аматорському рівні);

17.4. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:

17.4.1. будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби; спрямованих на лікування захворювання, більше 30 днів за кожною нозологією (захворюванням) протягом року; спрямованих на профілактику захворювання; більше одного препарату із однієї фармакологічної групи на один страховий випадок;

17.4.2. гормональних препаратів, окрім ін'єкційних форм протизапальних гормональних препаратів, призначених на час перебування на стаціонарному лікуванні, препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифірилін, золадекс та ін.), препаратів для запобігання вагітності; косметичних та гігієнічних засобів; засобів для побутової дезінфекції; біологічно активних та харчових добавок; хондропротекторів; гіполіпідемічних препаратів, окрім призначених при лікуванні інфаркту/інсульту; гепатопротекторів; імуномодуляторів; психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків; препаратів ензимів загальної дії та для покращення травлення (вобензим, флобензим, ербісол, фестал, креон, мезим та інші); стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші); лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків; препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги; препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків; вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів;

17.4.3. Придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкції для остеосинтезу в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери.



Блок В

Програми страхування

«Базова»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування
Опції, що включені до програми, ліміти, покриття	
Швидка медична допомога	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	25 000,00 грн., але не більше 2 (двох) виїздів бригади
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ (клас 1-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією.
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога:	Так
Екстрена стаціонарна допомога, яка вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 2 (двох) випадків
Рівень медичних установ послуги	Дорослі: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
	Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ (клас 1-10 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), покривається 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються..
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога, яка не вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 1 (одного) випадку
Рівень медичних установ послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією

«Стандарт»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування
Опції, що включені до програми, ліміти, покриття	
Швидка медична допомога	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	25 000,00 грн., але не більше 2 (двох) виїздів бригади.
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ (клас 1-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією;
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога:	Так
Екстрена стаціонарна допомога, яка вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 2 (двох) випадків
Рівень медичних установ послуги	Дорослі: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
	Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ (клас 1-10 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога, яка не вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 1 (одного) випадку
Рівень медичних установ послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Амбулаторно-поліклінічна допомога - Лабораторна діагностика, для діагностики гострого стану	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	2 000,00 грн., але не більше 2 (двох) страхових випадків
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується - 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Виключення з покриття	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі
Амбулаторно-поліклінічна допомога - Інструментальна діагностика, для діагностики гострого стану	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	5 000,00 грн., але не більше 2 (двох) страхових випадків

Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика). Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення проведення усіх методів діагностики, окрім КТ, МРТ	сплачується 80% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Забезпечення проведення КТ, МРТ	сплачується 50% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Виключення з покриття	Флюорографія

«Стандарт +»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування
Опції, що включені до програми, ліміти, покриття	
Швидка медична допомога	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	25 000,00 грн., але не більше 2 (двох) виїздів бригади.
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ (клас 1-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією;
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога:	Так
Екстрена стаціонарна допомога, яка вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 2 (двох) випадків
Рівень медичних установ послуги	Дорослі: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються. Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ (клас 1-10 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Екстрена стаціонарна допомога, яка не вимагає оперативного втручання	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	20 000,00 грн., але не більше 1 (одного) випадку
Рівень медичних установ послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних та відомчих медичних установ (клас 1-3 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Забезпечення медикаментами, витратними матеріалами, засобами медичного призначення	сплачується 100% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Амбулаторно-поліклінічна допомога - Лабораторна діагностика, для діагностики гострого стану	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	2 000,00 грн., але не більше 2 (двох) страхових випадків

Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується - 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Виключення з покриття	Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі
Амбулаторно-поліклінічна допомога - Інструментальна діагностика, для діагностики гострого стану	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	5 000,00 грн., але не більше 2 (двох) страхових випадків
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика). Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються
Забезпечення проведення усіх методів діагностики, окрім КТ, МРТ	сплачується 80% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Забезпечення проведення КТ, МРТ	сплачується 50% вартості, але в межах ліміту за даною опцією
Виключення з покриття	Флюорографія
Консультації лікаря: - Лікар до дому - Телемедична консультація - Консультація спеціаліста в поліклініці	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	3 консультації
Рівень медичних установ: послуги	Дорослі/Діти: - послуги державних, відомчих та приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-5 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачується 100%, але в межах ліміту за даною опцією. Послуги в інших медичних установах з переліку Страховика не сплачуються.
Амбулаторно-поліклінічна допомога - Медикаментозне забезпечення	Так
Сумарний ліміт за опцією на рік	1 000,00 грн

Блок С

Страхова сума. Страхові тарифи. Страхові платежі.

«Базова»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування		
Добровільне медичне страхування			
	Дорослі віком 18-65 років (включно)	Діти віком 1-7 років (включно)	Діти віком 8-17 років (включно)
Річна страхова сума за Договором, грн.	65 000,00	65 000,00	65 000,00
Річний страховий тариф за Договором, %	1,66%	3,51%	2,22%
Річний страховий платіж за Договором, грн.	1 080,00	2 280,00	1 440,00

«Стандарт»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування		
Добровільне медичне страхування			
	Дорослі віком 18-65 років (включно)	Діти віком 1-7 років (включно)	Діти віком 8-17 років (включно)
Річна страхова сума за Договором, грн.	72 000,00	72 000,00	72 000,00
Річний страховий тариф за Договором, %	2,83%	4,67%	3,33%
Річний страховий платіж за Договором, грн.	2 040,00	3 360,00	2 400,00

«Стандарт+»

Застрахована особа	Одна фізична особа у віці від 1 (одного) до 65 (шістдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування		
Добровільне медичне страхування			
	Дорослі віком 18-65 років (включно)	Діти віком 1-7 років (включно)	Діти віком 8-17 років (включно)
Річна страхова сума за Договором, грн.	75 000,00	75 000,00	75 000,00
Річний страховий тариф за Договором, %	3,84%	7,20%	5,12%
Річний страховий платіж за Договором, грн.	2 880,00	5 400,00	3 840,00

РЕКВІЗИТИ СТРАХОВИКА

АТ «СК «АХА Страхування»
Адреса: 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8

Директор Департаменту особистого страхування
АТ «СК «АХА Страхування»



Срібний С.М.