

Інформація про страховий продукт
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»
№ 0202

Загальні умови страхового продукту № 0202 «Медичне страхування», надалі – **Загальні умови 0202**, призначені для укладання ПрАТ «Страхова компанія «Ультра Альянс» договорів страхування (надалі – Договорів) на користь Застрахованих осіб, надалі – ЗО).

Клас страхування, якому відповідають ці Загальні умови, - 2 (другий), “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”;

ризик (підклас страхування) - 2) медичне страхування.

Об'єктами страхування є здоров'я і працездатність Застрахованих осіб, визначених Договором.

Страхувальник, який уклав Договір страхування, об'єктом якого є його життя та/або здоров'я, на власну користь, одночасно є Застрахованою особою.

Згідно з Договором страхування, Страховик бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату на користь Застрахованої особи, визначеної Договором страхування, відповідно до умов Договору та/або законодавства - у разі настання страхових випадків, внаслідок подій, на випадок виникнення яких проводиться страхування (страхових ризиків), шляхом відшкодування понесених витрат (оплати їх вартості) на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Програмою страхування, встановленою для цієї ЗО за Договором, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи захворювання ЗО, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування, включаючи смерть ЗО, встановлення інвалідності ЗО, втрату працездатності або отримання Застрахованою особою травматичних ушкоджень та/або функціональних розладів здоров'я, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

Якщо інше не передбачено Договором, у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахованій особі надаються Послуги Асистуючої компанії, надалі – Асистант.

Загальні умови 0202 можуть використовуватись у якості Частини 2 “Загальні умови Договору страхування”, відповідно до п.178 “Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування”, затвердженого Постановою Правління Національного банку України №182 від 25 грудня 2023 року, надалі – **Положення 182**.

Страховим ризиком є виникнення під час дії Договору розладу здоров'я Застрахованої особи, що об'єктивно потребує надання їй медичних послуг.

Страховим випадком є мотивоване звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Страховика, Асистанта, Координаційного центру, медичного закладу, передбачених умовами Договору, у разі виникнення у цієї ЗО розладу стану здоров'я, пов'язаного із захворюванням, загостренням хронічного захворювання, наслідками нещасного випадку, іншими розладами здоров'я та/або випадками, передбачені Договором страхування, з метою одержання платних Медичних послуг у межах та в обсязі Програми страхування, передбаченої умовами Договору.

Встановлена умовами Договору Програма страхування для конкретної Застрахованої особи (групи ЗО) містить перелік та обсяг видів медичних послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором, із зазначенням виключень із страхових випадків і обмежень страхування: лімітів відповідальності, франшиз, класу обслуговування, інших обмежень, передбачених Договором.

Якщо інше не передбачено Договором, Застрахованими особами не можуть бути:

- особи, вік яких на момент укладання Договору становить 70 (сімдесят) повних років і більше;
- особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;
- особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та/або шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
- особи, що страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево-судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; зловикісні новоутворення в анамнезі;
- ВІЛ - інфіковані;
- хворі на СНІД;
- особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).

Розмір Страхової суми визначається за згодою Сторін відповідно до умов Договору страхування. Страхова сума (Ліміт відповідальності) може встановлюватись Сторонами:

- за окремим об'єктом страхування (Застрахована особа); Страхуваним ризиком; Страхуваним випадком;
- за групою Страхуваних випадків; Страхуваних ризиків;
- в цілому за Договором страхування (загальна страхова сума).

Страхова сума, якщо інше не встановлено Договором, є неагрегатною: тобто, після здійснення Страхової виплати, Страхова сума зменшується на величину цієї виплати. Загальна сума Страхуваних виплат за одним або декількома Страхуваними випадками в частині конкретної Застрахованої особи не може перевищувати розміру Страхової суми, визначеної за Договором для цієї особи.

Згідно п.139 Положення 182, при укладенні Договору страхування згідно з цими Загальними умовами, Страховик має право не визначати страховий тариф у Договорі.

Розміри Страхуваних платежів на одну ЗО/ кожну групу ЗО та/або загальний розмір Страхового платежу за Договором визначаються за згодою Сторін та зазначаються у Договорі.

Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається у такому Договорі.

Згідно з умовами Договору, за окремими Програмами страхування в частині надання конкретних медичних послуг можуть встановлюватись франшизи: залежно від класу обслуговування ЗО/ категорії медичного закладу/ виду медичних послуг тощо.

При настанні Події, що має ознаки Страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Програмою), Застрахована особа (Страховальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна звернутися до Асистанта або Страховика за телефонами, вказаними в Індивідуальній частині, та отримати інформацію щодо своїх подальших дій.

1) Контакти цілодобового колл-центру Асистанта:

+ 38 044 390 00 10

+ 38 044 294 98 48 – для звернення за плановою медичною допомогою,

+ 38 044 294 98 47 - для звернення за невідкладною медичною допомогою.

e-mail care@ensuria.com

2) Контакти для звернення до Страховика

- цілодобові телефонні номери: 0 800 217 709; +38 097 900 97 10; +38 093 745 33 03

- електронна пошта med@ultra-alliance.com.ua ;

- місцезоташування (поштова адреса) головного офісу – 03066, м. Київ, вул. Журавлина, буд. 4, приміщ. 222.

За договорами медичного страхування, Страховик має право здійснювати страхову виплату, відповідно до умов Договору страхування (Програм страхування щодо конкретних ЗО) та/або законодавства України, наступним чином:

- закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) Медичну допомогу, Медичні та/або інші послуги (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення Лікарськими засобами та/або Медичними виробами);

- Асистанту чи іншій особі, яка діє на підставі договору зі Страховиком, у порядку, передбаченому таким договором та відповідно до умов Договору страхування, – якщо при настанні страхового випадку така компанія/ особа надає (надавала, буде надавати) Застрахованій особі послуги Асистанта та/ або здійснює (здійснювала, буде здійснювати) оплату за Медичну допомогу, Медичні та/ або інші послуги Застрахованій особі (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення Лікарськими засобами та/або Медичними виробами);

- Застрахованій особі чи Третій особі, яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати, згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства України, – у разі якщо така особа самостійно здійснила оплату Медичної допомоги, Медичних та/або інших послуг (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення Лікарськими засобами та/або Медичними виробами).

Послуги, що не передбачені Програмою конкретної ЗО, ця Застрахована особа оплачує самостійно, без участі Страховика та подальшої компенсації з його боку.

За наявності Франшизи, передбаченої Договором для певних типів Медичних та/або інших послуг, різницю між вартістю вказаних послуг і розміром Франшизи Застрахована особа має сплатити самостійно.

Страхові виплати, що є компенсацією власних витрат ЗО чи Третьої особи, яка оплатила вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, здійснюються Страховиком безпосередньо Застрахованій особі чи вказаній Третій особі.

Усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати Застрахованій особі чи Третій особі, мають бути надані Страховику не пізніше не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги та/або завершення лікування, якщо інший строк подання таких документів не було погоджено Страховиком з урахуванням обставин конкретного страхового випадку.

Строк прийняття рішення за Подією (про визнання або невизнання Події Страховим випадком) становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів, згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом робочих днів з дати прийняття такого рішення, з обґрунтуванням підстави відмови.

Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту.