

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ».**

№ 0202

м. Київ

20 травня 2025 р.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ

1.1. У цих Загальних умовах страхового продукту «Медичне страхування», надалі – **Загальні умови**, та Договорах медичного страхування, надалі – **Договори**, терміни та поняття вживаються у таких значеннях:

1.1.1. **Асистуюча компанія (Асистант)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (Асистуючі послуги/ Послуги Асистанта) Застрахованим особам, визначеним Договором страхування, координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають медичні (лікувальні) послуги Застрахованій особі в разі настання Страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Назва, адреса та телефони Асистанта зазначаються у Договорі, зокрема, в Індивідуальних умовах.

1.1.2. **Асистуючі послуги (Послуги Асистанта)** – допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу/ послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги/ таких послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/ такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, включаючи оплату Асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги/ таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі Страховиком.

1.1.3. **Вперше виявлене (діагностоване) Захворювання** – це Захворювання, що було вперше в житті діагностовано у Застрахованої особи протягом строку дії Договору.

1.1.4. **Гострий біль** - реакція нервової системи Застрахованої особи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка, у випадку ненадання цій особі необхідної медичної допомоги, може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

1.1.5. **Гострий стан** - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина є здоровою або має Хронічне захворювання у стадії Ремісії) можливе Захворювання проявляється погіршенням життєвих показників та часто (але не обов'язково) больовим синдромом, щодо цього ця особа виражає суб'єктивні скарги.

1.1.5.1. Під «погіршенням життєвих показників» зокрема, розуміються наступні стани:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми;
- порушення свідомості, що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням;
- підвищення артеріального тиску та (частота серцевих скорочень) вище фізіологічної норми
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча;
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі);
- різке порушення нормального для цієї особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору та/ або об'єму виділень).

1.1.5.2. Визначення гостроти, стадії патологічного процесу здійснюється виключно лікарем - після первинної консультації ЗО, після чого, на підставі зафіксованого письмово діагнозу, відбувається ідентифікація звернення ЗО за наданням Медичної допомоги у якості страхового випадку.

1.1.6. Гостре захворювання - це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, що призвело до погіршення її здоров'я та, у випадку ненадання Медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

1.1.7. Декларація про стан здоров'я – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої ЗО (щодо хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом життя Застрахованої особи). Декларація про стан здоров'я подається у випадках, передбачених Договором та/або цими Загальними умовами.

1.1.8. Договір страхування (Договір) – договір страхування, укладений у відповідності з цими Загальними умовами на користь Застрахованих осіб. Сторонами Договору є Страховик і Страхувальник.

1.1.9. Загострення Хронічного захворювання - це перебіг Хронічного захворювання (хронічної хвороби) Застрахованої особи, впродовж якого посилюються суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви Хвороби, які потребують лікування до повернення у період Ремісії, яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я ЗО або загрозувати її життю та вимагає медичної допомоги.

1.1.10. Застрахована особа (ЗО) – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

1.1.11. Захворювання (хвороба) – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та/або органічними ушкодженнями органів та систем організму ЗО що загрожує її життю та/ або здоров'ю та який, у випадку ненадання ЗО необхідної медичної допомоги, може призвести до смерті цієї особи/ постійної або тимчасової втрати працездатності ЗО.

1.1.12. Координаційний центр - спеціалізований підрозділ Асистанта, що цілодобово займається прийомом та обробкою звернень Застрахованих осіб через голосові та інші канали зв'язку, наданням консультативної, інформаційної та організаційної допомоги Застрахованим особам, за необхідності одержання ними Медичних послуг в рамках Програм за Договорами страхування.

1.1.13. Картка Застрахованої особи (Картка) - персональна електронна та/ або паперова та/ або пластикова інформаційна картка, випущена Страховиком для оперативного інформування Застрахованої особи щодо: строку Страхового покриття, номеру Договору страхування та/або страхового полісу (сертифікату); контактних даних для звернення за Медичними послугами до Асистанта, медичного закладу чи аптеки, що є Партнером.

1.1.14. Клас обслуговування – відповідний рівень послуг та сервісу, що надається Застрахованій особі у Медичних закладах, визначених Програмою страхування для цієї ЗО.

1.1.15. Компетентні органи – органи, до компетенції яких належить розслідування причин Події та/або ліквідація її наслідків, роз'яснення та висновки яких відповідно до чинного законодавства України є необхідними та достатніми доказами для визнання Події страховим випадком. Компетентними органами, зокрема, можуть бути медичні заклади (установи), органи внутрішніх справ, національна поліція, органи ДСНС, аварійні служби тощо.

1.1.16. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (фармакологічний засіб), дозволена до застосування в Україні уповноваженим на це органом у встановленому порядку, призначена для діагностики, лікування або профілактики Захворювань у людей.

1.1.17. Ліміт відповідальності – вказаний у Договорі розмір грошової суми, що є граничним значенням зобов'язань Страховика за окремим Об'єктом страхування, групою Об'єктів страхування, Страховим ризиком або Страховим випадком, групою Страхових ризиків та/або Страхових випадків тощо. Розмір Ліміту відповідальності не може перевищити Страхової суми, визначеної Договором для певної Застрахованої особи.

1.1.18. Медична (медико-санітарна) допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами фізичних осіб, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.1.18.1. Екстрена (швидка) медична допомога - медична допомога, яка надається Застрахованій особі при такому стані її здоров'я, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму ЗО або до загрози її життю. Надається, як правило, з виїздом спеціалізованої бригади швидкої (екстреної, невідкладної медичної) допомоги на місці перебування ЗО з подальшим транспортуванням, у разі необхідності за медичними показаннями, до найближчого або спеціалізованого Медичного закладу для проведення подальшого лікування;

1.1.18.2. **Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога** - медична допомога, що надається Застрахованій особі в амбулаторно-поліклінічних умовах при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає надання медичних консультацій, лікарських послуг, діагностичних досліджень, медикаментів, перев'язочних засобів, необхідних засобів фіксації.

1.1.18.3. **Невідкладна стаціонарна допомога** - медична допомога, що надається Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, коли відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних (у тому числі стійких) порушень функцій організму, або до загрози життю ЗО. Передбачає проведення медикаментозного лікування, діагностичних та лікувальних процедур, оперативних втручань, використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання, надання консультаційних послуг, оплати вартості перебування в медичних палатах, у тому числі реанімаційних, харчування під час перебування в стаціонарі згідно з нормативами, передбаченими в даному Медичному закладі.

1.1.18.4. **Невідкладна стоматологічна допомога** – медична допомога, необхідна Застрахованій особі для зняття Гострого болю при захворюваннях і пошкодженнях зубів, щелеп та інших органів порожнини рота і щелепно-лицьової області. Передбачає проведення стоматологічного огляду ЗО, рентгенівського дослідження, видалення або пломбування зубів, обумовлені гострим запаленням зубу та/або оточуючих зуб тканин або щелепною травмою, що отримана внаслідок Нещасного випадку.

1.1.18.5. **Планова медична допомога** - комплекс Медичних послуг, які надаються Застрахованій особі **понад обсяг** відповідної **невідкладної медичної допомоги** за умов, коли немає безпосередньої загрози життю і здоров'ю ЗО, але необхідні певні дії медичного характеру щодо поліпшення стану здоров'я Застрахованої особи.

1.1.19. **Медичне обслуговування** - діяльність Медичних закладів (їх відділень, підрозділів) та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали у встановленому законом порядку, відповідну ліцензію у сфері охорони здоров'я, безпосередньо пов'язаною з наданням Медичної допомоги та/ або реабілітаційної допомоги.

1.1.20. **Медичний заклад (лікувально-профілактична установа (ЛПУ), Заклад з медичного обслуговування)** - заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, фізичні особи-підприємці, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування шляхом надання медичних послуг та/або надання реабілітаційної допомоги згідно з чинним законодавством України, з якими Страховик уклав договори про обслуговування Застрахованих осіб: медичні заклади МОЗ України, АН України, відомчі медичні заклади, приватні клініки, аптеки, діагностичні та консультативні центри, стоматології тощо. До Медичних закладів прирівнюються також установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг та послуг з реабілітації, зокрема, оздоровчо-профілактичні заклади (басейни, тренажерні зали тощо), асистуючі компанії, що не є структурним підрозділом Страховика, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб. Перелік Медичних закладів, в яких відбувається обслуговування Застрахованих осіб, має бути доступним на веб-сайті Страховика за посиланням, вказаним у Договорі страхування.

1.1.21. **Медичні вироби (вироби медичного призначення)** - будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, призначені для діагностики, лікування, профілактики організму людини та (або) забезпечення таких процесів.

1.1.22. **Медичні послуги (Лікувальні послуги)** – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також, якщо це передбачено умовами Договору, надання лікарських засобів (Медичних виробів), необхідних для лікування Застрахованої особи. Вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, повністю або частково сплачується (відшкодовується) згідно з умовами, передбаченими Договором для цієї особи, за рахунок Страховика.

1.1.23. **Місце дії Договору** - територія, в межах якої, згідно Індивідуальних умов, Договір діє в частині зобов'язань Страховика при настанні Страхових випадків.

1.1.24. **Нещасний випадок** – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/ або працездатності Застрахованої особи.

1.1.25. **Партнер** - організація, яка має договірні відносини із Асистантом та/ або Страховиком та яка уповноважена Асистантом та/ або Страховиком щодо залучення Асистантом до надання Застрахованим особам послуг, передбачених Договором, з урахуванням Програм страхування вказаних осіб.

1.1.26. **Прейскурант** – перелік послуг, що їх надає Медичний заклад та інші установи або особи, що надають або надали медичну допомогу, медичні та/ або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та/ або медичними виробами, Профілактично-оздоровчі та Реабілітаційні послуги), з чітко визначеною вартістю кожної послуги.

1.1.27. **Подія, що має ознаки страхового випадку (Подія)** – це подія, визначення якої відповідає змісту страхового ризику за цими Загальними умовами, що фактично настала, та з настанням якої на певних осіб, визначених Договором, згідно з умовами такого Договору і даних Загальних умов, покладено виконання конкретних обов'язків. У подальшому така подія може бути як визнана, так і не визнана у якості Страхового випадку.

1.1.28. **Положення 182** – «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затверджене Постановою Правління Національного банку України №182 від 25 грудня 2023 року.

1.1.29. **Програма страхування (Програма)** - перелік лікувально-діагностичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи. Положення Програми страхування, визначеною щодо конкретної ЗО, мають перевагу перед іншими положеннями Договору, що стосуються регулювання одних і тих же питань.

1.1.30. **Раптове захворювання** - раптове непередбачене погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує життю та здоров'ю цієї особи та яке, у випадку ненадання їй необхідної медичної допомоги, може призвести до тривалого Розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю.

1.1.31. **Ремісія** - період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання/ зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів Хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.

1.1.32. **Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму цієї особи.

1.1.33. **Спеціалізовані заклади** - треті особи, що на законних підставах є закладами з надання певних видів Медичних та інших послуг, передбачених Програмами страхування та надають послуги Застрахованим особам через Асистанта або Страховика.

1.1.34. **Сторони** – спільна назва Страхувальника і Страховика, як сторін Договору.

1.1.35. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору, зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку;

1.1.36. **Страховий платіж** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором.

1.1.37. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

1.1.38. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату особі, визначеній у Договорі, або відповідно до законодавства.

1.1.39. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Ультра Альянс», код ЄДРПОУ 33152597.

1.1.40. **Страхувальник** – фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

1.1.41. **Строк страхового покриття** - період, протягом якого діє Страхове покриття за конкретним Договором та в разі настання Страхового випадку під час дії якого Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату, відповідно до умов Договору.

1.1.42. **Терористичний акт** – застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокація воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.

1.1.43. **Третя особа** - будь-яка юридична або фізична особа, крім Страховика, Страхувальника, Застрахованих осіб, Асистанта.

1.1.44. **Хронічне захворювання** - тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими

стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду Ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість Хронічних захворювань характеризуються певною циклічністю протікання з періодами загострень (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (Ремісії) проявів хвороби (інколи - до повного зникнення ознак хвороби).

1.1.45. Франшиза (Безумовна франшиза) – передбачена Договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати. Франшиза може бути по конкретному Медичному закладі, Програмі страхування, групі послуг.

Інші терміни, що використовуються у цих Загальних умовах, вживаються у значеннях, наведених Законі України “Про страхування” та в інших нормативно-правових актах страхового законодавства України.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір укладається у письмовій формі з дотриманням вимог чинного законодавства України, встановлених до письмової форми правочину, та укладається у письмовій формі (на паперових носіях).

2.2. Договір укладається на підставі ліцензій на здійснення діяльності із страхування, отриманих у порядку, передбаченому чинним законодавством України та які відповідають нижчезазначеному класу і підкласу страхування:

Клас страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”; ризик (підклас страхування) - 2) медичне страхування.

2.3. Договір укладається українською мовою, з дотриманням вимог законодавства України про мови.

2.4. Для укладення Договору, Страхувальник усно заявляє про свій намір укласти Договір страхування та надає Страховику (страховому посереднику) інформацію, необхідну для укладення Договору.

2.5. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхового платежу за Договором страхування, включає:

2.5.1. обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення імовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків):

- загальна кількість Застрахованих осіб;
- сфера діяльності (для Страхувальника-юридичної особи та фізичної особи-підприємця);
- рід занять для Страхувальника-фізичної особи;
- бажаний розмір страхового покриття (страхової суми на кожну Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік бажаних опцій Програми страхування (медичних та інших послуг);
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження за окремими опціями Програми страхування;
- бажана територія дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажаний Строк дії Договору страхування / страхового покриття;
- бажані умови сплати страхової премії за Договором страхування;

2.5.2. наступні відомості про об'єкти страхування (конкретних Застрахованих осіб):

- прізвище, власне ім'я, по батькові;
- дати народження;
- повні адреси фактичного проживання;
- серія, номер документу, що посвідчує особу ЗО;
- РНОКПП Застрахованої особи;
- контактний телефон;
- електронна пошта (для надсилання електронної картки ЗО);
- інформація про чинні договори медичного страхування, укладені щодо ЗО;
- декларація про стан здоров'я ЗО (на розсуд Страховика);
- складові Програми страхування для конкретних ЗО (груп ЗО).

2.6. При укладенні Договору, Страхувальник також зобов'язаний:

2.6.1. повідомити Страховику та/ або страховому посереднику про наявність страхового інтересу Застрахованих осіб, інформацію про обраний Страхувальником розмір страхової суми щодо конкретних ЗО (груп ЗО), строк дії Договору, періоди страхового покриття тощо;

2.6.2. надати Страховику документи, що ідентифікують особу Страхувальника, згідно з вимогами Закону “Про страхування”;

2.6.3. надати Страховику інформацію для ідентифікації кожної Застрахованої особи (ЗО), що дає змогу однозначно встановити таку особу відповідно до законодавства України:

2.6.3.1. інформацію для ідентифікації Вигодонабувачів (у разі їх визначення): найменування або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження Вигодонабувачів або іншу інформацію, відповідно до законодавства України та/або щодо ідентифікації Вигодонабувачів - на вимогу страховика та/або страхового посередника в обсязі, достатньому для ідентифікації Вигодонабувачів в разі настання страхового випадку та однозначного визначення його права на отримання страхової виплати.

ПРИМІТКА. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачу, визначеному відповідно до законодавства України, якщо зазначена в договорі інформація про Вигодонабувача не дає змоги однозначно встановити його особу.

2.6.4. Згідно п.136 Положення 182, договори страхування здоров'я за класом 2 можуть укладатися без зазначення інформації для вказаної у п.2.5.2 цих Загальних умов ідентифікації кожної Застрахованої особи. У такому Договорі страхування інформація про ЗО зазначається в обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної ЗО.

2.7. Якщо після укладення Договору буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у п.2.5, 2.6 цих Загальних умов та/або навмисно приховав від Страховика обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику (особі, що має право на отримання страхової виплати) у страховій виплаті.

2.8. При укладенні Договору може бути передбачено, що страхова сума, страховий платіж та/ або інші умови страхового покриття є однаковими для всіх Застрахованих осіб/ певної групи Застрахованих осіб, за умови зазначення їх кількості, або визначено індивідуальні умови для кожної Застрахованої особи/ групи Застрахованих осіб.

2.9. Договір складається з Частини 1 «Індивідуальні умови Договору страхування», надалі - Індивідуальні умови, Частини 2 «Загальні умови Договору страхування», якою можуть бути ці Загальні умови, а також Додатків до Договору страхування, перелік яких визначено згідно Індивідуальних умов.

2.10. Використання цих Загальних умов у якості Частини 2 Договору може здійснюватись відповідно до п.178 Положення 182.

2.11. Ці Загальні умови затверджено Наказом Голови Правління ПрАТ «СК «Ультра Альянс» №25-АМ від 20.05.2025. Строк дії цих Загальних умов із 21.05.2025р. по 31.12.2030р.

2.12. Договори страхування, якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, укладаються на паперових носіях у 2 (двох) примірниках, по одному для кожної Сторони, та підписується Страховиком і Страхувальником.

2.12.1. В Індивідуальних умовах конкретного Договору страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (у тому числі визначені цими Загальними умовами ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком), перелік обмежень страхування та/або винятків зі страхових випадків, права і обов'язки сторін Договору та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами.

2.13. Факт укладання Договору щодо конкретної ЗО може посвідчуватися Страховим полісом (сертифікатом), що є формою Договору.

2.14. Підписанням Договору страхування Страхувальник надає дозвіл надає дозвіл Страховику (його представникам, страховим посередникам) розкривати будь-яку інформацію, що, відповідно до законодавства України, становить таємницю страхування (зокрема, індивідуальну інформацію про клієнта, його страховий інтерес та фінансовий стан), та яка стала відома Страховику (його представникам, страховим посередникам) у зв'язку з укладанням та/або виконанням цього Договору, третім особам (в тому числі, але не обмежуючись, державним та судовим органам у порядку, встановленому законодавством України, іншим страховикам, перестраховикам, страховим посередникам, аудиторам, актуаріям, іншим особам, яким Страховик доручив виконання частини діяльності із страхування, а також працівникам перелічених осіб) з метою виконання вимог законодавства України, цього Договору, а також договорів, укладених Страховиком із третіми особами.

2.15. Ці Загальні умови розміщуються за посиланням <https://ultra-alliance.com.ua/zagalni-umovy-strahuvannya/zagalni-umovy-strahovyh-produktiv/> на сайті Страховика.

3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

3.1. Згідно з Договором, Страхувальник зобов'язується сплатити страховий платіж, із дотриманням визначених у Договорі граничних термінів і розмірів частин страхового платежу

та виконувати інші умови Договору і цих Загальних умов, а 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.

3.1.1. Якщо інше не передбачено Договором, у разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахованій особі надаються Послуги Асистанта.

3.1.2. У разі настання страхового випадку, Договір може передбачати такі варіанти здійснення страхової виплати:

3.1.2.1. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання Застрахованою особою Медичної допомоги, Медичних та/або інших послуг (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення Лікарськими засобами та/або Медичними виробами) або оплата їх вартості;

3.1.2.2. фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

3.1.2.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

3.2. **Об'єктами страхування** є здоров'я і працездатність фізичних осіб, визначених цими Загальними умовами у якості Застрахованих осіб.

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

3.2.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не підлягають страхуванню особи, вік яких на момент укладання Договору становить 70 (сімдесят) повних років і більше.

3.3. **Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з Об'єктом страхування, зазначеним у п.3.2 цих Загальних умов, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

4.1. **Страховим ризиком** є виникнення під час дії Договору Розладу здоров'я Застрахованої особи, що об'єктивно потребує надання їй Медичних послуг.

4.2. **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 Розлади здоров'я та/або випадками, передбачені Договором страхування, з метою одержання платних Медичних послуг у межах та в обсязі Програми страхування, передбаченої умовами Договору.

4.3. Умови страхового покриття за Договором по відношенню до конкретних Застрахованих осіб визначаються, за згодою Сторін, у такому Договорі страхування та додатках до нього, з урахуванням вимог чинного законодавства.

4.4. 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.

5. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. У Договорі страхування може встановлюватись, що Застрахованими особами не можуть бути:

5.1.1. Особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;

5.1.2. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та/або шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;

5.1.3. Особи, що страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево-судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; зловиякісні новоутворення в анамнезі;

5.1.4. ВІЛ - інфіковані;

5.1.5. Хворі на СНІД;

5.1.6. Особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).

5.2. Договором страхування може бути зазначено, що Страховик, якщо інше не передбачено умовами Програми страхування, НЕ забезпечує організацію надання та оплати Медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування:

5.2.1.3 приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань;

5.2.2. За межами території дії Договору страхування;

5.2.3. Захворювання та/або травми, пов'язаних з невиправданим ризиком: при безпосередній участі Застрахованої особи у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, арешту - у випадку використання і зберігання зброї/ вибухових речовин), а також професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань) або професійного чи аматорського заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, катання на ковзанах, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

5.2.4. Будь-якого захворювання та/або травми, які сталися з Застрахованою особою у зв'язку з війною, вторгненням, діями іноземних агресорів (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянською війною, бунтом, революцією, заколотом, повстанням, масовими заворушеннями, порушенням громадського порядку, страйками, облогою, спробою повалення уряду, будь-яким терористичним актом, диверсією;

5.2.5. Події, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, лікування гострих та хронічних променевих уражень;

5.2.6. Травми, отриманої Застрахованою особою у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, опіків та отруєнь, отримані під час перебування Застрахованої особи у перерахованих вище станах. Травми, отримані Застрахованою особою під час ДТП, за умови свідомого знаходження Застрахованої особи в транспортному засобі з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.2.7. Травм, отриманих у зв'язку із злочинними діями Застрахованої особи, які підтверджені вироком суду, у зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

5.2.8. Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://dec.gov.ua/> та на сайті МОЗ України за адресою: <https://guidelines.moz.gov.ua/>;

5.2.9. За одним страховим випадком, медичні послуги тривалістю більше 30 діб з дати настання страхового випадку (окрім травм) та/або медикаментозне лікування тривалістю більше 30 діб з дня призначення лікування;

5.2.10. Що проходить після закінчення строку дії Договору страхування (навіть якщо лікування та/або медикаменти були призначені під час дії Договору), крім випадків, коли невідкладне стаціонарне лікування розпочато в період дії Договору страхування та Страховик відшкодовує ЛПУ витрати на стаціонарне лікування не більше ніж за 10 (десять) днів після закінчення дії Договору страхування;

5.2.11. Захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та симптомів; персистуючих інфекцій; професійних захворювань;

5.2.12. Захворювань у стадії Ремісії (у тому числі неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації);

5.2.13. Захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо);

5.2.14. Захворювань, у тому числі травм, набутих під час виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками пожежної охорони, оперативними працівниками правоохоронних органів, працівники охоронних фірм, представниками воєнізованої охорони, а також під час проходження військової служби;

5.2.15. Захворювання або нещасного випадку, пов'язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа виступає у ролі пасажирів цивільного літального апарату, власник/ перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів;

- 5.2.16. У разі самолікування Застрахованої особи, а також захворювань та станів, що виникли у зв'язку з самолікуванням та невиконанням призначень лікаря;
- 5.2.17. У зв'язку із хворобами та травмами, про наявність яких було відомо Застрахованій особі / законним представникам під час заповнення Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи (при оформленні такої Декларації, на вимогу Страховика), але про які не був повідомлений Страховик, та не зазначені в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи;
- 5.3. Договором може бути передбачено, якщо інше не зазначено у Програмі страхування, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів (синдромів), відповідно до таких Нозологічних форм (кодів за МКХ-10):
- 5.3.1. Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) в тому числі Covid 19;
- 5.3.2. Вірусні гепатити (B16-B19), за виключенням гепатиту А (B15);
- 5.3.3. Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24); імунодефіцити (D80-D89);
- 5.3.4. Мікози (B35 – B49) будь-якої локалізації;
- 5.3.5. Класичні венеричні захворювання (A50-A64) (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, шанкрод, донованоз);
- 5.3.6. Саркоїдоз (D86);
- 5.3.7. Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68);
- 5.3.8. Порушення обміну речовин (E70-E90), в тому числі непереносимість лактози (E73), в тому числі муковісцидоз E84;
- 5.3.9. Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70);
- 5.3.10. Печінкова недостатність (K70-K77);
- 5.3.11. Келоїдні рубці (L 90);
- 5.3.12. Вагітність, пологи та післяпологовий період до моменту виписки із пологового будинку (O00 — O99), у тому числі визначення гормонів вагітності, проведення ультразвукової діагностики на виявлення вагітності, забезпечення тестами на виявлення вагітності;
- 5.3.13. Психічні захворювання, розлади та їх ускладнення (F00-F99), у тому числі розлади, пов'язані з вживання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків та інше), психопатії, неврози, астено-депресивні стани, тривожні розлади, епілепсія (окрім екстрених станів), порушення (дефекти) мови, корекція психоемоційних станів; травми та соматичні хвороби, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;
- 5.3.14. Вроджені та набуті вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби, у тому числі з порушенням хромосомного набору (Q00-Q99);
- 5.3.15. Дерматологічні хвороби: псоріаз (L40), дерматит, екзема (L20-L30), вугрова хвороба (L70), розацеа (L71), мозолі (L84), алопеція (L63 — L65), контагіозний моллюск (B08.1), демодекоз, паразитарні хвороби шкіри (B85 — B86), укуси або ужалення неотруйними комахами (W57) тощо);
- 5.3.16. Алергічні хвороби (вазомоторний риніт (J30.00), алергічний риніт (J30.10 - J 30.40), поліноз, бронхіальна астма (J45), кон'юнктивіт (H10.9) тощо), окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів, генералізована кропив'янка);
- 5.3.17. Діагностика та лікування безпліддя чи регулювання народжуваності, штучним заплідненням, планування сім'ї; визначення будь-яких гормональних станів; порушення менструального циклу (N91 — N95), передменструальний синдром (N94.30), овуляторний синдром (N94), імпотенція; еректильні дисфункції (N48.40, F52); менопауза і клімактеричний стан (N95), сексуальні дисфункції (N48.4, F52); контрацепція та ВМС, у тому числі з лікувальною метою; проведення абортів не за медичними показаннями; операції по зміні статі;
- 5.3.18. Хронічний простатит (N41.1), у тому числі конгестивний простатит, окрім стадії загострення 1 курс медикаментозного лікування 1 раз на рік;
- 5.3.19. Мігрень (G43);
- 5.3.20. Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0);
- 5.3.21. Синдром хребцевої артерії (M47.00);
- 5.3.22. Функціональні розлади: дискінезія жовчовивідних шляхів (K82.8), синдром подразненого кишківника (K58), дисбактеріоз кишківника (K63.8.0), синдром прорізування зубів (K00.7), диспанкреатизм (K 86.9), функціональний закреп (K59.0) та інше;
- 5.3.23. Соматоформні розлади (F45), у тому числі вегето-судинна дистонія; нейроциркуляторна дистонія (F43, F45, R 45, G90.8, G90.9);
- 5.3.24. Остеопороз (M80-M82);
- 5.3.25. Врослий ніготь (L60.0);

5.3.26. Діагностика, призначень схем лікування та безпосереднє лікування захворювань та інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (крім зазначених у п.5.3.5 цього Розділу), у тому числі гарднерельоз (баквагіноз, дизбіоз піхви), цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів, ToRCH-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус Епштейн-Барра, герпетичних інфекцій будь-якого виду та локалізації (окрім однієї (першої) доби в невідкладних стаціонарних випадках).

ПРИМІТКА. Перераховані у п.5.3.26 виключення не поширюються на випадки класичних «дитячих інфекцій» з відповідною клінічною картиною;

5.4. Договором страхування може бути передбачено, що у разі, коли інше не передбачено Програмою страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику по встановленому діагнозу (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

5.4.1. Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09), окрім випадків первинної діагностики;

5.4.2. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50- D61, D63-D77);

5.4.3. Системні атрофії ЦНС (G10-G13);

5.4.4. Демієлінізуючі захворювання (G35-G37);

5.4.5. Аміотрофії (G54,5);

5.4.6. Міастенії (G70);

5.4.7. Міотонії (G71);

5.4.8. Дитячий церебральний параліч (G80);

5.4.9. Енцефалопатія будь-якого ґенезу (G92, G93.4, G93.8);

5.4.10. Сирингомієлія (G95);

5.4.11. Синдром «сухого ока» (H16.2);

5.4.12. Халязіон (H00.1);

5.4.13. Катаракта (H25-H28);

5.4.14. Косоокість (H49-H52);

5.4.15. Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти у Застрахованої особи;

5.4.16. Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0);

5.4.17. Астигматизм (H52.2);

5.4.18. Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1);

5.4.19. Спазм акомодатії (H52.5);

5.4.20. Кератоконус (H18.60);

5.4.21. Ревматизм (I00-I02);

5.4.22. Кардіоміопатії (I43-I43);

5.4.23. Хронічна серцева недостатність (I50, I50.1, I50.9);

5.4.24. Атеросклероз (I70);

5.4.25. Хронічна венозна недостатність (I80-I89);

5.4.26. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбоз, флеботромбоз); геморой, крім невідкладних станів (тромбоз, профузна кровотеча) (I83);

5.4.27. Гіпертрофія аденоїдів (J35.2);

5.4.28. Хвороба Крона (K50);

5.4.29. Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);

5.4.30. Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4);

5.4.31. Ревматоїдний артрит (M05-M09);

5.4.32. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36);

5.4.33. Аутоімунні захворювання (M30-M36); аутоімунний тиреоїдит (E 06.3);

5.4.34. Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36);

5.4.35. Хронічна ниркова недостатність (N18);

5.4.36. Мастопатія (N60);

5.4.37. Ендометриоз (N80);

5.4.38. Гіперплазія ендометрія (N80);

5.4.39. Дісплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86);

5.4.40. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15);

5.4.41. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91);

- 5.4.42.Доброякісні новоутворення (D10 — D48), кістозні утворення, у тому числі видалення бородавок, папілом та інших пухлин (ліпом, гемангіом та інші), поліпів будь-якої локалізації (у тому числі поліп тіла матки (N84.00), шийки матки (N84.10) та інші, за винятком ускладнених, що прямо загрожують життю людини (масивна кровотеча);
- 5.4.43.Наслідки дисгормональних розладів: аденома простати (N40), фіброміома (D25), кісти яєчників (N83.0 - N83.2), синдром виснажених яєчників (E28), фіброаденома (D24) та інше, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (наприклад, розрив кісти яєчника, маткова кровотеча тощо);
- 5.4.44.Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.) та інших органів (B65-B83, A06, A07.1) у осіб старше 16 років;
- 5.4.45.Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), у тому числі протрузії, хребцева кила, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, артроз, п'яткова шпора (плантарний фасціїт, M77.3) та їх ускладнення (окрім медикаментозного лікування, що проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для усунення гострого запалення, курсом не більше 10 календарних днів на випадок, 1 раз на рік.
- 5.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик, якщо інше не встановлено Програмою страхування, не забезпечує організацію надання та оплату медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на/ щодо:
- 5.5.1.Витрати та послуги, не передбачені Договором страхування та Програмою страхування;
- 5.5.2.Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування;
- 5.5.3.Медичні послуги та медикаменти, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами МОЗ;
- 5.5.4.Медичні послуги та медикаменти, які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання, його ускладнень та невідкладних станів; пов'язані з поліпрагмазією, гіпердіагностикою;
- 5.5.5.Планове видалення металокопункцій (за винятком випадків, коли металокопункція встановлена в період дії Договору страхування);
- 5.5.6.Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у тому числі планова герніопластика, ринопластика, реконструктивні втручання на суглобах будь-якої локалізації); планового лікування (у тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст), за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених у зв'язку з нещасним випадком (травмою), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально з обов'язковою наявністю заключення травматолога або виписки з травм пункту та/або інших отриманих документів у строк не пізніше 48 годин з моменту отримання травми;
- 5.5.7.Кардіохірургічні операції (у тому числі стентування, шунтування тощо); операції на коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм у зв'язку з нещасним випадком, що стався в період дії Договору страхування;
- 5.5.8.Проведення літотрипсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі;
- 5.5.9.Протезування, ендопротезування, імплантації; трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків); забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;
- 5.5.10.Використання лазерних технологій лікування, в тому числі лазерної коагуляції сітківки ока;
- 5.5.11.Педіатричну допомогу в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо);
- 5.5.12.Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів;
- 5.5.13.Експериментальне лікування; перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду; альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, у тому числі переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
- 5.5.14.Послуги та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію, відновлювальну терапію;
- 5.5.15.Виклик до дому лікарів вузької спеціалізації; консультації (у тому числі виклик до дому) професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку тощо, окрім важко диференційованих випадків;
- 5.5.16.Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження);

5.5.17. Альтернативну медицину (голкорефлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, кінезотерапія, кінезіотейпування, гірудотерапія тощо), озонотерапію (у тому числі в стоматології), УФО; лазерні технології (у тому числі в стоматології); барокамери; ударно-хвильову терапію, механотерапію, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації; PRP- терапія тощо;

5.5.18. Фізіотерапевтичні процедури; оздоровчі процедури (відвідування басейну, масаж, SPA тощо);

5.5.19. Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, психолога, дієтолога, генетика, імунолога, подолога, гомеопата, логопеда;

5.5.20. З моменту встановлення Застрахованій особі діагнозу захворювання, що передається статевим шляхом (ЗПСШ), Страховик звільняється від зобов'язань оплати будь-яких медичних послуг (консультації, діагностика, лікування) в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/ урологія» (в залежності від статі Застрахованої особи) до моменту повного одужання Застрахованої особи, що має лабораторне підтвердження. Відновлення зобов'язань Страховика по оплаті медичних послуг в рамках додаткових, бонусних опцій «гінекологія/ урологія» відбудеться протягом 2 робочих днів після надання Страховику оригіналу лабораторного заключення про негативний ПЛР-тест до збудника/ збудників відповідно до діагнозу ЗПСШ, що було встановлено Застрахованій особі;

5.5.21. Ортодонтію (у тому числі брекет-системи, трейнери, капи); суцільнокерамічне протезування; шинування зубного ряду; інкрустацію, застосування дорогоцінних металів; лікування пародонтозу/ пародонтиту більше 1 курсу (5 процедур) протягом строку дії Договору страхування; відбілювання зубів, профілактичні стоматологічні заходи (покриття профілактичними засобами емалі зубів (фторування, ремінералізуюча терапія), герметизація фісур, лікування гіперестезії емалі, зубні пасти тощо), ортопантограму, Вектор-терапію.

5.6. Договором страхування можуть бути передбачені виключення/ обмеження застосування лікарських засобів, якщо інше не вказано у Програмі страхування, що Страховик не забезпечує організацію надання та оплати:

5.6.1. Двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет- представництва Міністерства охорони здоров'я України за веб-адресою <http://mozdocs.kiev.ua>, крім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий — загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;

5.6.2. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;

5.6.3. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах;

5.6.4. Медикаментозного лікування захворювань та станів, що потребують замісної (ферментної, гормональної чи антигормональної тощо) терапії строком понад 1 (один) місяць з дня призначення лікування;

5.6.5. Лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;

5.6.6. Медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України та/ або які не мають реєстрації на території України.

5.6.7. Лікарських засобів, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних умовах:

5.6.7.1. Хондропротектори, в тому числі хондроїтин сульфат глюкозамін, препарати гіалуронової кислоти;

5.6.7.2. Засоби, що впливають на мінералізацію кісток у тому числі препарати кальцію, бісфосфонати;

5.6.7.3. Антинеопластичні засоби;

5.6.7.4. Гіполіпідемічні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

5.6.7.5. Психостимулюючі та ноотропні засоби;

5.6.7.6. Засоби, що застосуються при деменції;

5.6.7.7. Антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;

5.6.7.8. Аналоги гонадотропін-релізинг гормону, гормональних спіралей типу „Мірена”;

5.6.7.9. Імуномодулятори: імуностимулятори, імунодепресанти/ імуносупресори;

5.6.7.10. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;

5.6.7.11. Препарати урсо (хено) дезоксіхोलієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);

5.6.7.12. Антигомтоксичні та гомепатичні препарати;

5.6.7.13. Біологічно активні та харчові добавки;

- 5.6.7.14. Ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо);
- 5.6.7.15. Гепатопротектори, гепатотропні препарати;
- 5.6.7.16. Пробиотики, пребіотики, еубіотики; бактеріофаги;
- 5.6.7.17. Протигрибкові препарати;
- 5.6.7.18. Психолептичні препарати (снодійні, седативні, транквілізатори, анксиолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо);
- 5.6.7.19. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);
- 5.6.7.20. Адаптогени;
- 5.6.7.21. Препарати моновітамінів, полівітамінів (3 і більше в складі), вітамінно- мінеральних комплексів, мінеральних речовин (мікро- та макроелементів);
- 5.6.7.22. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення;
- 5.6.7.23. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору;
- 5.6.7.24. Стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);
- 5.6.7.25. Кардіопротектори;
- 5.6.7.26. Сироватки, антитіла, антигени;
- 5.6.7.27. Профілактичної вакцинації, окрім антирабічної вакцинації та вакцинації проти правцю;
- 5.6.7.28. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань;
- 5.6.7.29. Простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показами;
- 5.6.7.30. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.

5.7. Договором страхування може бути передбачено, якщо інше не встановлено умовами Програми, виключення/ обмеження в частині застосування виробів медичного призначення, коли Страховик, не забезпечує організацію надання та оплати:

5.7.1. Медичних виробів, які отримали чинний сертифікат відповідності та дозволені для застосування на території України, таких як медичні пристрої, що замінюють або корегують функції уражених органів: (трансплантати, ортези, протези, імплантати, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, ендопротези, стенти, лінзи тверді та м'які, окуляри, слухові апарати, пролінові сітки тощо); еластичний бінт, скотч-каст (крім застосування при переломах); інгалятори, лампи, присторої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри тощо), медичне устаткування (набори для емболізації, деартеріалізації, артроскопічні набори, лапораскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу: пластини, гвинти, спиці, металеві конструкції, тощо);

5.7.2. Медичних виробів, які призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат.

5.8. Договором страхування можуть бути передбачені, якщо інше не встановлено Програмою страхування, виключення/ обмеження діагностичних досліджень, коли Страховик не забезпечує організацію їх надання та оплату ЗО:

5.8.1. Досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту;

5.8.2. Діагностики та лікування порушень обмінних процесів (сечосольовий діатез, подагра, інсулінорезистентність тощо), включаючи ліпідограму (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрії, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограми, алергоскринінг (алергологічні дослідження), системної імунотерапії тощо.

5.9. Договором страхування можуть бути передбачені, якщо інше не встановлено умовами Програми страхування, інші стани та обмеження, коли Страховик не забезпечує для ЗО організацію надання та оплату вартості Медичних та інших послуг,:

5.9.1. Перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару, харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині виповнилося повні 8 (вісім) років; організацію та оплату індивідуального сестринського поста;

5.9.2. Повторних медичних обстежень Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);

5.9.3. Медичних послуг, не пов'язаних із лікувальним процесом (довідки (водіям, в басейн, для вступу до учбових/дитячих закладів тощо), послуги за абонементом тощо);

- 5.9.4. Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань;
- 5.9.5. Транспортних витрат за межами 30 км зони від КПП/ меж міста виїзду лікаря або швидкої допомоги; послуги таксі;
- 5.9.6. Оплата послуг за благодійним внеском, полісом страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.
- 5.10. Конкретним Договором страхування можуть бути передбачені всі або частина вказаних в цьому Розділі Загальних умов винятків із страхових випадків та обмежень страхування.
- 5.10.1. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, не вказані у цих Загальних умовах.

6. СТРАХОВІ СУМИ, СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

- 6.1. Розмір Страхової суми визначається за згодою сторін відповідно до умов Договору страхування.
- 6.1.1. Страхова сума (Ліміт відповідальності) може встановлюватись Сторонами
- 6.1.1.1. за **окремим** об'єктом страхування (Застрахована особа); Страховим ризиком; Страховим випадком;
- 6.1.1.2. за **групою** Страхових випадків; Страхових ризиків;
- 6.1.1.3. **в цілому** за Договором страхування (загальна страхова сума).
- 6.2. Страхова сума, якщо інше не встановлено Договором, є неагрегатною: тобто, після здійснення Страхової виплати, Страхова сума зменшується на величину цієї виплати. Загальна сума Страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками в частині конкретної Застрахованої особи не може перевищувати розміру Страхової суми, визначеної за Договором для цієї особи.
- 6.3. Згідно п.139 Положення 182, при укладенні Договору страхування згідно з цими Загальними умовами, Страховик має право не визначати страховий тариф у Договорі.
- 6.4. Розміри Страхових платежів на одну ЗО/ кожену групу ЗО та/або загальний розмір Страхового платежу за Договором визначається за згодою Сторін, зазначається у Договорі та сплачується Страхувальником, згідно з умовами Договору.
- 6.5. 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.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається у такому Договорі.
- 7.2. Якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, Договір страхування набирає чинності з 00-00 за київським часом дати, вказаної в Індивідуальній частині Договору, за умови отримання Страховиком Страхового платежу (його першої частини, якщо Договором передбачена сплата страхового платежу частинами). у повному обсязі.
- 7.3. Дія Договору закінчується о 23-59 дати, визначеної у Договорі як дата закінчення його строку дії.
- 7.4. Якщо інше не передбачено Індивідуальними умовами, у разі сплати за Договором страхового платежу частинами, передбачаються відповідні часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором (періоди страхування) - в межах загального строку дії Договору.
- 7.5. Місце (територія) дії Договору вказується в Індивідуальних умовах.
- 7.5.1. Договір не діє на територіях України, що перебувають у тимчасовій окупації, та територіях, непідконтрольних офіційній українській владі, які визнані такими відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» та Наказу Міністерства розвитку громад та територій № 376 від 28 лютого 2025 р. «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» зі змінами та доповненнями на момент події, що має ознаки страхового випадку, а у разі їх скасування – інших аналогічних нормативних актів чинного законодавства. У будь-якому разі дія Договору не поширюється на території, що офіційно оголошені зонами бойових дій, воєнних конфліктів, зонами, що підпадають під санкції ООН.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

- 8.1. Страховик має право:

- 8.1.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені Договором страхування;
- 8.1.2. на отримання, до укладення Договору страхування, повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового платежу, в тому числі, але не обмежуючись, інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи;
- 8.1.3. присвоювати певні категорії Медичним закладам, що здійснюватимуть надання Медичних та інших послуг Застрахованим особам за певними Класами обслуговування за Договором, залежно від цінової та сервісної політики таких Медичних закладів, та розміщувати Перелік вказаних Медичних закладів на веб-сайті Страховика, з подальшим можливим внесенням змін і доповнень до такого Переліку;
- 8.1.4. з'ясувати причини та обставини подій, що мають ознаки страхових випадків за Договором, надалі – **Події**, зокрема: отримувати від Застрахованої особи, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованої особи, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів, про що Страхувальник/ Застрахована особа надає свою згоду у спосіб, погоджений сторонами відповідно до законодавства;
- 8.1.5. відмовити Застрахованій особі у страховій виплаті, за наявності підстав, наведених у Договорі та/або додатках до нього;
- 8.1.6. за наявності сумнівів в достовірності даних про причини/ обставини настання Події або розміру страхової виплати відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на вказаний в Договорі страхування строк з дати отримання повного пакету документів згідно з Договором;
- 8.1.7. вимагати доплати страхового платежу у випадках та у порядку, передбачених Договором;
- 8.1.8. видати на кожну Застраховану особу картку із зазначенням номера страхового полісу (сертифікату), телефону Страховика для звернення при настанні страхових випадків. При цьому, Картка Застрахованої особи не може бути використана без документа, що посвідчує особу ЗО;
- 8.1.9. перевіряти інформацію, надану в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, а також відмовити у прийнятті на страхування окремих осіб на основі такої інформації або запропонувати для таких осіб індивідуальні умови страхування.

8.2. Страховик зобов'язаний:

- 8.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування за Договором та цими Загальними умовами у спосіб, передбачений законодавством;
- 8.2.2. при настанні страхових випадків, здійснювати страхові виплати відповідно до умов Договору;
- 8.2.3. **при порушенні строку здійснення страхової виплати, сплатити Застрахованій особі (іншому отримувачу страхової виплати) пені у розмірі 0,01% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше ніж за 6 міс періоду затримки, якщо інше не погоджено Сторонами у Договорі страхування;**
- 8.2.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, у відповідь на заяву Застрахованої особи, повідомити Застраховану особу і Страхувальника у письмовій формі про прийняте рішення не пізніше визначеного Договором страхування строку з дати прийняття такого рішення;
- 8.2.5. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним у Договорі страхування;
- 8.2.6. дотримуватись порядку врегулювання Подій, передбаченого Договором страхування та його додатками;
- 8.2.7. з урахуванням вимог чинного законодавства, забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

- 8.3.1. своєчасно та у повному обсязі сплачувати суми страхових внесків, відповідно до умов Договору;
- 8.3.2. отримати письмову згоду фізичних осіб на укладення, відносно них, Договору страхування – якщо фактична сплата платежів щодо страхування цих осіб має здійснюватись за кошти вказаних осіб;
- 8.3.3. ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору, зокрема, **повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, Застраховану особу про укладений на її користь договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь;**

8.3.4. забезпечити видачу Застрахованим особам отриманих від Страховика Карток, якщо інше не передбачено Договором страхування;

8.3.5. при укладенні Договору, надати Страховикові інформацію про наявність страхового інтересу щодо об'єктів страхування, про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (наявність у ЗО груп інвалідності, професійних захворювань тощо) і надалі інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику (про обставини, які змінилися настільки, що якби вони були відомі при укладанні Договору, він взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися від узгоджених) протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Страхувальнику/ Застрахованій особі стало відомо про зміну ступеня ризику;

8.3.6. у випадках, передбачених Договором страхування, забезпечити заповнення Застрахованою особою Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи за формою, наданою Страховиком,

8.3.7. протягом строку дії Договору, повідомляти Страховика про зміну прізвищ, адрес та інших даних про Застраховану особу, необхідних для виконання Договору страхування, – в строк, передбачений Договором страхування, після настання відповідних змін;

8.3.8. повідомляти Страховика про зміни в Переліку Застрахованих осіб (включення або виключення осіб до/ з Переліку Застрахованих осіб, бажану зміну Програми страхування для конкретної Застрахованої особи тощо) в строк, передбачений Договором страхування.

8.4. Страхувальник має право:

8.4.1. на отримання роз'яснень щодо умов Договору страхування та положень Загальних умов - у спосіб, передбачений законодавством;

8.4.2. вимагати здійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору;

8.4.3. у разі настання страхового випадку — на організацію Страховиком для Застрахованої особи медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому обраною для цієї ЗО Програмою страхування, та на умовах, визначених Договором;

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

8.4.5. на безоплатне одержання дубліката Картки Застрахованої особи у випадку її втрати, якщо така Картка видавалась Застрахованій особі.

8.5. Застрахована особа має право:

8.5.1. У разі настання Події, при належному зверненні до Асистанта (Страховика), отримати передбачені Договором послуги в обсязі, передбаченому Договором.

8.5.2. При настанні Події, погоджувати з Асистантом або Страховиком всіх свої дії, пов'язані з лікуванням, отриманням медичних чи інших послуг та оплатою вартості отриманих послуг за Договором, виконувати відповідні розпорядження/ рекомендації Асистанта і Страховика, пов'язані з Подією.

8.6. Застрахована особа зобов'язана:

8.6.1. Повідомити Страховика про настання Події у порядку та у строки, передбачені Загальними умовами, діяти згідно з положеннями цих Загальних умов, виконуючи всі рекомендації Асистанта і Страховика.

8.6.2. Надавати, на вимогу Страховика, будь-яку необхідну інформацію для встановлення факту настання (обставин) Події, визначення розміру Страхової виплати.

8.6.3. В частині обставин Події звільнити Третіх осіб від обов'язку щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, а також, на вимогу Страховика, надати йому необхідні повноваження на одержання від Третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені Загальними умовами) будь-якої інформації, пов'язаної з Подією.

8.6.4. При необхідності отримання медичних послуг за Договором, достовірно інформувати Асистанта, відповідну медичну установу (лікарів) та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення.

8.6.5. Належним чином зберігати страхові документи і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги; у разі втрати страхових документів, негайно сповістити про це Страховика.

8.6.6. За наявності конкретної особи, відповідальної за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю Застрахованої особи, внаслідок чого ЗО було надано послуги за Договором, передати Страховику всю наявну у ЗО інформацію (документи) для реалізації Страховиком права зворотної вимоги (регресу) до винної особи після здійснення відповідної Страхової виплати.

8.7. Сторони повинні зберігати інформацію, яка, згідно п.2.14 Загальних умов і чинного законодавства, є таємницею страхування, не розголошувати та не використовувати цю інформацію на свою користь чи на користь третіх осіб. Використання даних, що складають таємницю страхування, здійснюється виключно в межах чинного законодавства України.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ

9.1. При настанні Події, що має ознаки Страхового випадку (необхідності отримання послуг, передбачених Програмою), Застрахована особа (Страхувальник) протягом найкоротшого можливого строку, але, в будь-якому разі, не пізніше 24 годин, повинна:

9.1.1.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; +30 093 745 33 03 ;

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

- місцезнаходження (поштова адреса) головного офісу – 03066, м.Київ, пров. Охтирський, б.7, к.1, оф.1С-105(А).

9.2. При зверненні за Невідкладною допомогою Застрахована особа (її представник) повинна повідомити представнику Координаційного центру наступну інформацію:

9.2.1.прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи;

9.2.2.номер Страхового полісу (Сертифікату) або Картки Застрахованої особи та назву організації, де працює Застрахована особа;

9.2.3.скарги на стан здоров'я, що потребують надання Невідкладної допомоги;

9.2.4.місцезнаходження Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням номеру парадного, поверху, номеру квартири та коду парадного (при наявності кодового замка);

9.2.5.контактний телефон Застрахованої особи.

9.3. Для отримання послуг за програмами **невідкладної допомоги**, Застрахована особа (її представник) має право звернутися безпосередньо (самостійно) до комерційних служб надання Невідкладної допомоги, реквізити яких зазначаються у Договорі.

9.4. При зверненні за амбулаторно-поліклінічною допомогою, а також у разі необхідності отримання послуг Планового стаціонару, Застрахована особа повинна повідомити представнику Координаційного центру наступну інформацію:

9.4.1.прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи;

9.4.2.номер Страхового полісу (сертифікату), Картки Застрахованої особи та назву організації, де працює Застрахована особа;

9.4.3.скарги на стан здоров'я, що потребують консультації лікаря-фахівця, або діагноз, за яким рекомендовано надання послуг Планового стаціонару;

9.4.4.день та зручний час проведення необхідної консультації або надання послуг Планового стаціонару;

9.4.5.контактний телефон Застрахованої особи.

9.5. На підставі отриманих від Застрахованої особи (її представника) даних, представник Координаційного центру здійснює наступні дії:

9.5.1.Надає первинну медичну консультацію;

9.5.2.Надає рекомендації щодо подальших дій Застрахованої особи;

9.5.3.проводить вибір лікувального закладу згідно із конкретним захворюванням і відповідно до Програми страхування та Класу обслуговування ЗО;

9.5.4.погоджує терміни звернення до лікувального закладу та інформує Застраховану особу щодо дати, часу та місця надання Медичних послуг;

9.5.5.організовує надання Медичних послуг. Вони, у межах відповідної Програми, надаються ЗО безкоштовно;

9.5.6.здійснює контроль лікування і надання послуг у Медичних закладах – Партнерах.

9.6. У разі виникнення необхідності придбання Лікарських засобів (Медичних виробів), згідно з медикаментозним лікуванням, що призначено лікарем, Застрахована особа отримує у лікаря Медичного закладу рецепт (за формою, визначеною Страховиком) та звертається за ліками до аптеки - Партнера, вказаної на зворотній стороні рецепта, або представник Координаційного центру організує, за можливості, доставку медикаментів та/або медичних матеріалів Застрахованій особі (додому чи за місцем роботи). У цих випадках, з урахуванням обмежень Програми, Застрахована особа отримує медикаменти та/або Медичні вироби безкоштовно.

9.6.1. В окремих випадках, за погодженням із представником Координаційного центру, Застрахована особа здійснює придбання медикаментів та/або медичних матеріалів за власні кошти. У цьому випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати, за наявності документів, що підтверджують дані витрати.

9.7. У разі призначення представником Координаційного центру (лікарем Медичного закладу – Партнера) Медичних послуг, які не можуть бути надані у даному Медичному закладі, Застрахована особа телефонує до Координаційного центру за телефонами, вказаними у Страховому полісі (сертифікаті, Картці) та відвідує інший Медичний заклад, визначений представником Координаційного центру із переліку Медичних закладів, передбаченого Програмою страхування та відповідно до Класу обслуговування ЗО.

9.8. В разі, якщо Невідкладна допомога була надана Застрахованій особі за обставин, коли вона не мала можливості повідомити Координаційний центр, або ЗО, за погодженням із представником Координаційного центру, отримала Медичні послуги у медичному закладі, що не є Партнером, відповідно до умов Договору, то Застрахована особа сплачує вартість отриманих нею Медичних послуг за власний рахунок, після чого надає Страховику Заяву про отримання Страхової виплати у розмірі сум за сплачені нею послуги, із доданням документів, необхідних для здійснення такої виплати.

9.8.1. При цьому, Застрахована особа та/ або Страхувальник повинні, як тільки з'явиться можливість, повідомити представника Координаційного центру про стан здоров'я Застрахованої особи, медичний заклад, в якому їй надається або надавались Медичні послуги, та обсяг витрат на оплату Медичних послуг, отриманих Застрахованою особою.

9.8.2. У випадку, якщо Застрахована особа не погодила з Асистантом звернення до Медичного закладу або аптеки, що не входять до складу Медичних закладів або аптек, що є Партнерами, відповідно до умов Договору, то Страховик має право не здійснювати Страхову виплату за таким випадком, окрім випадків необхідності отримання Застрахованою особою Невідкладної допомоги.

9.9. При зверненні до Медичного закладу, Застрахована особа повинна:

9.9.1. пред'явити відповідальному у Медичному закладі Страховий поліс (сертифікат) або Картку ЗО та документ, що ідентифікує цю Застраховану особу;

9.9.2. заповнити Заяву про страхову виплату та залишити її у медичному закладі.

9.9.3. У разі, якщо, при зверненні до Медичного закладу, Застрахована особа перебувала у тяжкому стані та була не в змозі заповнити Заяву на страхову виплату, таку заяву може за неї оформити Страхувальник.

9.10. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана не пізніше, ніж за 2 (дві) години до призначеного прийому у лікаря (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста тощо), попередити Асистанта за контактним телефоном, вказаним у Договорі, про неможливість з'явитись на призначений прийом. У разі повідомлення пізніше, ніж за 2 (дві) години, або відсутності повідомлення взагалі, ця Медична послуга вважається наданою, а оплата вартості наступної відповідної послуги здійснюється самостійно Застрахованою особою.

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. 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:

10.1.1. 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);

10.1.2. 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);

10.1.3. 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).

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

10.3. 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. У разі, якщо згідно з Програмою страхування за одним випадком передбачено застосування кількох франшиз (залежно від класу / категорії Медичного закладу, залежно від виду медичної допомоги/ послуги тощо), то Страховик здійснює комбіноване застосування таких франшиз відповідно до Програми страхування за Договором.

10.4. Договором може бути передбачено наступний порядок та умови здійснення страхових виплат:

10.4.1. При зверненні до Медичного закладу – Партнера за направленням Асистанта (Страховика) та/ або отриманні медикаментів та/або медичних матеріалів за рецептом встановленої Страховиком форми, ЗО одержує Медичні послуги та медикаменти (матеріали) безкоштовно. В даному випадку Страховик здійснює Страхову виплату шляхом оплати Медичному закладу (аптеці) вартості отриманих Застрахованою особою Медичних послуг та медикаментів (матеріалів).

Виплати здійснюються у строки та на підставі документів, погоджених з відповідними Медичними закладами які надають Медичні послуги Застрахованим особам.

10.4.2. Якщо Страховик приймає рішення здійснити Страхову виплату, яка є компенсацією власних витрат ЗО чи Третьої особи, яка оплатила вартість Медичних послуг, наданих Застрахованій особі, то Страхова виплата здійснюється Страховиком безпосередньо Застрахованій особі чи вказаній іншій особі: у безготівковій формі (на особистий рахунок Застрахованої особи) у розмірі, що не перевищує вартість лікування у відповідному Медичному закладі, що передбачений певним Класом обслуговування, обраним при укладенні Договору.

10.4.3. Перелік документів для здійснення страхової виплати, вказаної у п. 10.4.2 Загальних умов:

10.4.3.1. Заява про здійснення страхової виплати за формою, наданою Страховиком, до якої додаються медичні та фінансові документи, що підтверджують медичні призначення, отримання медичних послуг Застрахованою особою, їх вартість та понесені фактичні витрати на оплату послуг (у такому випадку збір необхідних документів покладається на Застраховану особу).

10.4.3.2. Додатково, при зверненні Застрахованої особи за телефоном гарячої лінії Страховика, вказаному в Договорі страхування) Страховик консультує Застраховану особу щодо такого переліку документів, їх форми, способу засвідчення та подання Страховику.

10.5. Договором страхування може бути передбачено, що:

10.5.1. заява Застрахованої особи про здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі та/або за контактними даними Застрахованої особи, вказаними у Договорі;

10.5.2. Сторони Договору узгодили що скановані/ сфотографовані документи, подані за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в Договорі, та/або контактних даних Застрахованої особи, вказаних в Договорі, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та Договором; при цьому, Сторони та Застрахована особа, на користь якої укладено Договір, гарантують, що надані у такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа;

10.5.3. підписанням Договору страхування сторони (а Застрахована особа — наданням згоди на укладення Договору щодо неї) підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору страхування та відображених в Договорі страхування;

10.5.4. кожна зі Сторін (Застрахована особа, на користь якої укладено Договір) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Застрахованою особою) інформації про контактні дані та несвоєчасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних.

10.6. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

10.7. Документи, зазначені у цьому розділі, можуть надаватися Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів.

10.8. Якщо документи, зазначені у цьому розділі, надано Страховику не в належній формі або оформлені із порушенням загальних норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення текст тощо), Страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

10.9. Якщо інше не передбачено Договором страхування, усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати мають бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги (а у випадку стаціонарного лікування — протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дати виписки зі стаціонару), якщо інший строк подання таких документів не було погоджено Страховиком з урахуванням обставин конкретного страхового випадку.

10.10. Строк прийняття рішення за Подією (про визнання або невизнання Події Страховим випадком) становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів, згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

10.10.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

10.10.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

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

10.12. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, страхова виплата здійснюється:

10.12.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком (згідно з п.6.1. цих Загальних умов страхового продукту) — безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку видів допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхування). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами;

10.12.2. у разі компенсації витрат Застрахованої особи за погодженням із Страховиком (у випадках, передбачених п.6.2. цих Загальних умов страхового продукту) — безпосередньо на користь Застрахованої особи у безготівковій формі. Якщо, внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати, складеній за формою, наданою Страховиком.

11. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДСТРОЧЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Страховик має право **відстрочити** здійснення страхової виплати, якщо:

11.1.1. Він має обґрунтовані сумніви в частині страхового інтересу особи, яка претендує на отримання страхової виплати щодо конкретної суми виплати, виходячи з Індивідуальних умов та/ або інших документів. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком належного документу на підтвердження страхового інтересу особи, яка вимагає здійснення страхової виплати на свою користь.

11.1.2. Відповідними Компетентними органами розпочато досудове розслідування у кримінальному провадженні за фактом настання Події, і триває розслідування обставин скоєння кримінального правопорушення (за участі Застрахованої особи), що призвело до настання Події. Питання про здійснення страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання Страховиком письмового підтвердження правоохоронних органів про закриття кримінального провадження або зупинення (закінчення) такого досудового розслідування, згідно з нормами країни тимчасового перебування ЗО.

11.1.3. При наявності обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Події ознакам страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у здійсненні Страхової виплати, Страховик має право затримати страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин Події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.

11.1.4. За наявності обставин, зазначених у п.10.8 Загальних умов.

11.2. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

11.2.1. Навмисні дії ЗО (особи, яка претендує на отримання страхової виплати), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

11.2.2. Вчинення Застрахованою особою (особою, яка претендує на отримання страхової виплати), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Події;

11.2.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.2.4. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків, визначених Договором або законодавством, якщо це призвело до неможливості для Страховика встановити факт, причини та обставини настання Події або розмір заподіяної шкоди (збитків);

11.2.5. Наявність обставин, що відносяться до винятків зі страхових випадків та обмежень страхування, передбачених цими Загальними умовами;

11.2.6. Відсутність (часткова або повна) документів, які необхідні, згідно цих Загальних умов, для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати;

11.2.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій Асистанта або лікуючого лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я ЗО;

11.2.8. Відмова ЗО від обстеження лікарем, призначеним Асистантом після настання Події;

11.2.9. У разі порушення Застрахованою особою, при настанні Події, медичних приписів і рекомендацій лікарів, а також недотримання лікувального режиму, встановленого в медичному закладі, у випадку, якщо ці порушення підтверджені відповідною відміткою у виписному епікризі (медичних документах) ЗО;

11.2.10. інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, які не суперечать законодавству України та зазначені у відповідному Договорі.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ

12.1. Всі зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Сторін, шляхом укладання відповідних Додаткових угод. Після укладання кожної Додаткової угоди вона стає невід'ємною частиною Договору.

12.2. Зміна умов Договору здійснюється протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту одержання заяви однієї Сторони Договору іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін у Договір протягом 3 (трьох) робочих днів, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

12.3.1. закінчення строку дії Договору;

12.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

12.3.3. смерті Страхувальника-фізичної особи, крім випадків, передбачених ст. 100 Закону України "Про страхування", надалі – Закон;

12.3.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.3.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

12.3.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

12.4. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше ніж за 10 (десять) робочих днів до дати передбачуваного припинення дії Договору.

12.5. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору, відповідно до частини третьої ст.36 Закону «Про страхування» за ініціативою Страхувальника, після такої передачі страховик – правонаступник повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

12.6. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає сплачені ним страхові платежі повністю.

12.7. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику внесені страхові платежі за кількість днів страхового захисту, що залишились до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

12.8. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, становить **65%**.

12.9. Частина страхового платежу, що підлягає поверненню, повинна бути виплачена Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дати дострокового припинення дії Договору, проте не раніше врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових збитків (складення відповідного страхового акту або прийняття рішення про відмову у страховій виплаті).

12.10. Страхувальник має право протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:

12.10.1. строк дії Договору становить менше 30 (тридцяти) календарних днів;

12.10.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання Події;

12.11. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

12.12. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася Подія. Повернення страхової премії (платежу) здійснюється на банківські реквізити Страхувальника, вказані ним у письмовому повідомленні про відмову від Договору.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

13.1. У разі невиконання або неналежного виконання умов Договору, Сторони несуть відповідальність згідно із законодавством України.

13.2. Усі спори і розбіжності, що можуть виникнути між Сторонами у ході реалізації Договору, вирішуються шляхом переговорів. Якщо спір неможливо вирішити шляхом переговорів, він вирішується в судовому порядку за встановленою підвідомчістю та підсудністю такого спору у порядку, визначеному чинним законодавством України.

13.3. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, що виникли після укладання Договору в результаті подій надзвичайного характеру, яких Сторона не могла запобігти доступними способами. Строк виконання зобов'язання в такому випадку подовжується на строк дії таких обставин.

13.4. Під форс-мажорними обставинами розуміються обставини непереборної сили, на які Сторона не може впливати і за виникнення яких не несе відповідальності, такі як: війна, військові дії, масові заворушення, державний переворот, рішення і дії органів державної влади тощо, якщо такі обставини можуть призвести до об'єктивної неможливості для Сторін (Сторони) виконати свої зобов'язання за Договором. Факт наявності і період дії форс-мажорних обставин підтверджуються документом, виданим Торгово-промисловою палатою України.

13.5. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) послідовних місяців, кожна зі Сторін буде мати право відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за Договором, без права відшкодування можливих збитків.

13.6. Сторона, для якої створилась неможливість виконання зобов'язань за Договором у зв'язку з форс-мажорними обставинами, повинна протягом 10 (десяти) календарних днів з моменту початку дії таких обставин, сповістити про них іншу Сторону: як про настання, так і щодо припинення дії таких обставин.

13.7. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання чи припинення дії обставин непереборної сили позбавляє відповідну Сторону права посилатися на них, як на підставу звільнення від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Якщо інше не передбачено Сторонами, всі складові Договору страхування, крім Частини 2, якою є ці Загальні умови, оформлюються у двох примірниках, кожен з яких має однакову юридичну силу, по одному для Страхувальника і Страховика.

14.2. Строк дії Договору, укладеного на підставі цих Загальних умов, не може бути продовженим. Для продовження страхового захисту щодо об'єкту страхування, вказаного в Індивідуальних умовах, Сторони можуть укласти новий договір страхування.

14.3. Договір страхування, у відповідності з цими Загальними умовами, у загальному порядку, не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

14.4. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних":

14.4.1. Страхувальник, шляхом підписання Індивідуальних умов, надає Страховикові згоду на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України.

14.4.2. Ця інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяними в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством України.

14.4.3. Підписанням Індивідуальних умов Страхувальник засвідчує, що отримав повідомлення про включення інформації до бази персональних даних контрагентів Страховика (ПрАТ "СК "УЛЬТРА АЛЬЯНС") з метою та в обсязі, передбаченими чинним законодавством України, та підтверджує, що з правами, наданими ст.8 Закону України "Про захист персональних даних" ознайомлений, про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений. Страхувальник підтверджує, що отримав письмову згоду від Вигодонабувача, в разі наявності Вигодонабувача іншого, ніж Страхувальник, своїх працівників та уповноважених осіб щодо обробки їх персональних даних Страховиком та повідомив останніх про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися їх персональні дані, про осіб, яким його персональні дані передаються, та про права, визначені ст.8 Закону України "Про захист персональних даних".

14.4.4. Підписанням Індивідуальних умов Страхувальник підтверджує, що йому до укладення такого Договору Страховиком було додатково надано інформацію, передбачену ст.7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

14.4.5. Порядок сплати податків і зборів за рахунок фізичної особи в результаті отримання фінансової послуги.

1) Операції, пов'язані з отриманням фізичною особою фінансової послуги, зокрема, сплата страхової премії, здійснення страхової виплати, повернення страхової премії при достроковому припиненні дії Договору не підлягають оподаткуванню.

2) Виключення складають випадки виплати моральної шкоди, страхових виплат спадкоємцю, та інші випадки, передбачені чинним законодавством, що оподатковуються згідно з нормами Податкового Кодексу України.

Реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг:

Національний банк України:

Адреса: 01601, м. Київ, вулиця Інститутська, 9, телефон: 0 800 505 240.

Реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Центральний апарат)

Адреса 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1 Телефони: (044) 279 12 70 - приймальня; (044) 278 84 60, 278 41 70 – канцелярія.