

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ».
Код Загальних умов страхового продукту 0202**

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УЛЬТРА АЛЬЯНС», код ЄДРПОУ - 33152597
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ № 27-0024/32811 від 26.04.2024
4	Місцезнаходження страховика	03066, м.Київ, пров. Охтирський, б.7, к.1, оф.1С-105(А)
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://ultra-alliance.com.ua
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас(и) страхування та об'єкт(и), що підлягають страхуванню відповідно до умов страхового продукту	Договір медичного страхування, надалі – Договір, укладається відповідно до нижчезазначеного класу і підкласу страхування: Клас страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”; ризик (підклас страхування) - 2) медичне страхування Об'єктами страхування є здоров'я і працездатність фізичних осіб, визначених Договором і Загальними умовами 0202 у якості Застрахованих осіб
8	Страхові ризики та обмеження страхування	1. Страховим ризиком є виникнення під час дії Договору Розладу здоров'я Застрахованої особи (ЗО), що об'єктивно потребує надання їй Медичних послуг. 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. 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. Встановлена умовами Договору Програма страхування для конкретної Застрахованої особи (групи ЗО) має містити 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.

8		<p>Обмеження страхування.</p> <p>1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не підлягають страхуванню особи, вік яких на момент укладання Договору становить 70 (сімдесят) повних років і більше.</p> <p>2. У Договорі можуть встановлюватись обмеження, що Застрахованими особами не можуть бути:</p> <p>2.1. Особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;</p> <p>2.2. Особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, туберкульозних та/ або шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерах; хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;</p> <p>2.3. Особи, що страждають на тяжкі декомпенсовані форми захворювань серцево-судинної, ендокринної, видільної, нервової, опорно-рухової та інших систем; злоякісні новоутворення в анамнезі;</p> <p>2.4. ВІЛ - інфіковані;</p> <p>2.5. Хворі на СНІД;</p> <p>2.6. Особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані).</p>
	<p>Територія та строк дії договору страхування</p>	<p>1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається у такому Договорі. Конкретний проміжок часу протягом якого Договір діє по відношенню до конкретних Застрахованих осіб (ЗО), зазначається в «Індивідуальній частині» Договору, додатку до Договору або Сертифікаті, що є формою Договору по відношенню до конкретної ЗО.</p> <p>2. Якщо інше не передбачено Індивідуальною частиною, Договір страхування набирає чинності з 00-00 за київським часом дати, вказаної в Індивідуальній частині Договору (Сертифікаті), за умови отримання Страховиком Страхового платежу (його першої частини, якщо Договором (Сертифікатом) передбачена сплата страхового платежу частинами). у повному обсязі.</p> <p>3. Дія Договору (Сертифікату) закінчується о 23-59 дати, визначеної у Договорі (Сертифікаті) як дата закінчення його строку дії.</p> <p>4. Якщо інше не передбачено Індивідуальною частиною, у разі сплати за Договором (Сертифікатом) страхового платежу частинами, передбачаються відповідні часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором (Сертифікатом) – певні періоди страхування в межах загального строку дії Договору.</p> <p>5. Сторони Договору (Сертифікату) погоджуються, що строк дії Договору не може бути продовжений. Для продовження страхового захисту Сторони можуть укласти новий договір страхування (сертифікат).</p> <p>6. Місцем дії (територією дії) Договору є територія України, із врахуванням обмежень, зазначених в Договорі, та нижчезазначених умов:</p> <p>6.1. 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 28.02.2025</p>

		«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.
10	Розмір страхової суми (ліміти відповідальності)	<p>1. Розмір Страхової суми визначається за згодою сторін відповідно до умов Договору страхування.</p> <p>1.1. Страхова сума (Ліміт відповідальності) може встановлюватись Сторонами</p> <p>1.1.1. за окремим об'єктом страхування (Застрахована особа); Страховим ризиком; Страховим випадком;</p> <p>1.1.2. за групою Страхових випадків; Страхових ризиків;</p> <p>1.1.3. в цілому за Договором страхування (загальна страхова сума).</p> <p>2. Страхова сума, якщо інше не встановлено Договором, є агрегатною: 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.</p>
11	Франшиза	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.
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>1. Згідно п.139 «Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування», затвердженого Постановою Правління Національного банку України №182 від 25 грудня 2023 року, при укладенні Договору страхування згідно з Загальними умовами 0202, Страховик має право не визначати страховий тариф у Договорі.</p> <p>2. 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.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страховий платіж підлягає сплаті під час укладання Договору в розмірі і в терміни, зазначені в Договорі.
14	Обов'язки сторін	<p>1. Страхувальник зобов'язаний:</p> <p>1.1. своєчасно та у повному обсязі сплачувати суми страхових внесків, відповідно до умов Договору;</p> <p>1.2. 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;</p> <p>1.3. ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору;</p> <p>1.4. забезпечити видачу Застрахованим особам отриманих від Страховика Карток, якщо інше не передбачено Договором страхування;</p> <p>1.5. 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</p>

14		<p>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;</p> <p>1.6. у випадках, передбачених Договором страхування, забезпечити заповнення Застрахованою особою Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи за формою, наданою Страховиком;</p> <p>1.7. 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;</p> <p>1.8. 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.</p> <p>2. Страховик зобов'язаний:</p> <p>2.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування за Договором та Загальними умовами 0202 у спосіб, передбачений законодавством;</p> <p>2.2. при настанні страхових випадків, здійснювати страхові виплати відповідно до умов Договору;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>2.5. забезпечити вільний доступ та оновлювати інформацію про Медичні заклади та їх категорії на веб-сайті Страховика за гіперпосиланням, вказаним у Договорі страхування;</p> <p>2.6. дотримуватись порядку врегулювання Подій, передбаченого Договором страхування та його додатками;</p> <p>Сторони зобов'язані забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог закону України «Про страхування». За розголошення інформації, що становить таємницю страхування, сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.</p>
	<p>Підстави та порядок припинення дії Договору страхування</p>	<p>1.1. Дія Договору припиняється і Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>1.2. закінчення строку дії Договору;</p> <p>1.3. виконання Страховиком за Договором у повному обсязі;</p> <p>1.4. смерті Страхувальника крім випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування» (надалі – Закон);</p>

15		<p>1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p> <p>1.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;</p> <p>1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.</p> <p>2. 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. 56 Закону за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.</p> <p>3. 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 5 (п'ять) робочих днів до дати передбачуваного припинення дії Договору.</p> <p>3.1. В разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього 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.</p> <p>3.2. 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 період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.</p> <p>4. Конкретне значення частки витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, вказується в «Індивідуальній частині». Максимальна частка таких витрат становить 65%.</p> <p>5. 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 виплаті страхового відшкодування).</p> <p>6. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від нього без пояснення причин, крім випадків, якщо:</p> <p>6.1. строк дії Договору становить менше 30 календарних днів;</p>
----	--	--

15		<p>6.2. Страхувальник повідомив Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором;</p> <p>7. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.</p> <p>8. У разі відмови Страхувальника від Договору, Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. Повернення страхової премії здійснюється на банківські реквізити Страхувальника, вказані ним у письмовому повідомленні про відмову від Договору.</p>
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	<p>Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</p>	<p>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:</p> <p>1.1.Звернутися до Асистанта або Страховика за телефонами, вказаними в Індивідуальній частині, та отримати інформацію щодо своїх подальших дій.</p> <p>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</p> <p>2)Контакти для звернення до Страховика - цілодобові телефонні номери: 0 800 217 709; +38 097 900 97 10; +38 093 745 33 03 ; - електронна пошта med@ultra-alliance.com.ua ; - місцезнаходження (поштова адреса) головного офісу- 03066, м.Київ, пр.Охтирський, б.7, к.1, оф.1С-105(А)</p> <p>2. При зверненні за Невідкладною допомогою Застрахована особа (її представник) повинна повідомити представнику Координаційного центру наступну інформацію:</p> <p>2.1.прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; 2.2.номер Страхового Сертифікату або Картки Застрахованої особи та назву організації, де працює Застрахована особа; 2.3.скарги на стан здоров'я, що потребують надання Невідкладної допомоги; 2.4.місцезнаходження Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням номеру парадного, поверху, номеру квартири та коду парадного (при наявності кодового замка); 2.5.контактний телефон Застрахованої особи.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>4.1.прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи; 4.2.номер Страхового сертифікату, Картки Застрахованої особи та назву організації, де працює Застрахована особа;</p>

17		<p>4.3. скарги на стан здоров'я, що потребують консультації лікаря-фахівця, або діагноз, за яким рекомендовано надання послуг Планового стаціонару;</p> <p>4.4. день та зручний час проведення необхідної консультації або надання послуг Планового стаціонару;</p> <p>4.5. контактний телефон Застрахованої особи.</p> <p>5. На підставі отриманих від Застрахованої особи (її представника) даних, представник Координаційного центру здійснює наступні дії:</p> <p>5.1. Надає первинну медичну консультацію;</p> <p>5.2. Надає рекомендації щодо подальших дій Застрахованої особи;</p> <p>5.3. проводить вибір лікувального закладу згідно із конкретним захворюванням і відповідно до Програми страхування та Класу обслуговування ЗО;</p> <p>5.4. погоджує терміни звернення до лікувального закладу та інформує Застраховану особу щодо дати, часу та місця надання Медичних послуг;</p> <p>5.5. організовує надання Медичних послуг. Вони, у межах відповідної Програми, надаються ЗО безкоштовно;</p> <p>5.6. здійснює контроль лікування і надання послуг у Медичних закладах – Партнерах.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 сертифікаті (Картці) та відвідує інший Медичний заклад, визначений представником Координаційного центру із переліку Медичних закладів, передбаченого Програмою страхування та відповідно до Класу обслуговування ЗО.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
----	--	--

		<p>8.2. У випадку, якщо Застрахована особа не погодилася 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.</p> <p>9. При зверненні до Медичного закладу, Застрахована особа зобов'язана пред'явити відповідальному у Медичному закладі Страховий сертифікат або Картку ЗО та документ, що ідентифікує цю Застраховану особу;</p> <p>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.</p>
18	<p>Порядок та строки здійснення та розрахунку розміру страхової виплати</p>	<p>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:</p> <p>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);</p> <p>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);</p> <p>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).</p> <p>2. Послуги, що не передбачені Програмою конкретної ЗО, ця Застрахована особа оплачує самостійно, без участі Страховика та подальшої компенсації з його боку.</p> <p>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), Страховик здійснює комбіноване застосування таких франшиз відповідно до Програми</p>

18		<p>страхування за Договором.</p> <p>4. Договором може бути передбачено наступний порядок та умови здійснення страхових виплат:</p> <p>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).</p> <p>Виплати здійснюються у строки та на підставі документів, погоджених з відповідними Медичними закладами які надають Медичні послуги Застрахованим особам.</p> <p>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.</p> <p>4.3. Перелік документів для здійснення страхової виплати, вказаної у п.4.2:</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>5. Договором страхування може бути передбачено, що:</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>5.3. підписанням Договору страхування сторони (а Застрахована особа – наданням згоди на укладення Договору щодо неї)</p>
----	--	--

		<p>підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору страхування та відображених в Договорі страхування;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7. Документи, зазначені у цьому розділі, можуть надаватись 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 звернення їх з оригінальними примірниками документів.</p> <p>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 тексту тощо), Страхова виплата не здійснюється до усунення цих недоліків.</p> <p>9. Якщо інше не передбачено Договором страхування, усі документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати мають бути надані Страховику не пізніше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати одержання відповідної послуги та/або завершення лікування, якщо інший строк подання таких документів не було погоджено Страховиком з урахуванням обставин конкретного страхового випадку.</p> <p>9.1. Строк прийняття рішення за Подією (про визнання або невизнання Події Страховим випадком) становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів, згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:</p> <p>9.1.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або</p> <p>9.1.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застраховану особу/Страховальника протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення з обґрунтуванням підстави відмови.</p> <p>10. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту.</p> <p>11. Якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору страхування, страхова виплата здійснюється:</p> <p>11.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком (відповідно до Загальних умов 0202) – 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;</p> <p>11.2. у разі компенсації витрат Застрахованої особи за погодженням із Страховиком (у випадках, передбачених Загальними умовами 0202) – безпосередньо на користь Застрахованої особи у</p>
--	--	--

		<p>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.</p>
	<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>1. Конкретним Договором страхування можуть бути передбачені всі або частина вказаних у цьому пункті винятків із страхових випадків.</p> <p>2. За умовами Договору, може бути передбачено, що Страховик, якщо інше не зазначено в умовах Програми страхування, НЕ забезпечує організацію надання та оплати Медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування:</p> <p>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;</p> <p>2.2. За межами території дії Договору страхування;</p> <p>2.3. Захворювання та/або травми, пов'язаних з невинуватим 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);</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>2.7. Травм, отриманих у зв'язку із злочинними діями Застрахованої особи, які підтверджені вироком суду, у зв'язку зі спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;</p>

19		<p>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/;</p> <p>2.9.Якщо за одним страховим випадком, медичні послуги тривають більше 30 діб з дати настання страхового випадку (окрім травм) та/або медикаментозне лікування триває більше 30 діб з дня призначення лікування;</p> <p>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;</p> <p>2.11.Захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та симптомів; персистуючих інфекцій; професійних захворювань;</p> <p>2.12.Захворювань у стадії ремісії (у тому числі неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації);</p> <p>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);</p> <p>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;</p> <p>2.15. Захворювання або нещасного випадку, пов'язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа виступає у ролі пасажира цивільного літального апарату, власник/ перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів;</p> <p>2.16.У разі самолікування Застрахованої особи, а також захворювань та станів, що виникли у зв'язку з самолікуванням та невиконанням призначень лікаря;</p> <p>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;</p> <p>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):</p> <p>3.1.Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ) в тому числі Covid 19;</p> <p>3.2.Вірусні гепатити (B16-B19), за виключенням гепатиту А (B15);</p> <p>3.3.Хвороба, що викликана вірусом імунодефіциту людини [ВІЛ] (B20-B24); імунодефіцити (D80-D89);</p> <p>3.4.Мікози (B35 – B49) будь-якої локалізації;</p>
----	--	--

		<p>3.Класичні венеричні захворювання (A50-A64) (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, шанкроїд, донованоз);</p> <p>3.6.Саркоїдоз (D86);</p> <p>3.7.Ожиріння та інші наслідки надлишкового харчування (E65-E68);</p> <p>3.8.Порушення обміну речовин (E70-E90), в тому числі непереносимість лактози (E73), в тому числі муковісцидоз E84;</p> <p>3.9.Гепатоз, цироз, стеатоз (K70, K74, K70);</p> <p>3.10.Печінкова недостатність (K70-K77);</p> <p>3.11.Келоїдні рубці (L 90);</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>3.14.Вроджені та набуті вади, аномалії розвитку, генетичні, спадкові хвороби, у тому числі з порушенням хромосомного набору (Q00-Q99);</p> <p>3.1.Дерматологічні хвороби: псоріаз (L40), дерматит, екзема (L20-L30), вугрова хвороба (L70), розацеа (L71), мозолі (L84), алопеція (L63 – L65), контагіозний молюск (B08.1), демодекоз, паразитарні хвороби шкіри (B85 – B86), укуси або ужалення неотруйними комахами (W57) тощо);</p> <p>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);</p> <p>3.17.Діагностика та лікування безпліддя чи регулювання народжуваності, штучне запліднення, 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;</p> <p>3.18.Хронічний простатит (N41.1), у тому числі конгестивний простатит, окрім стадії загострення 1 курс медикаментозного лікування 1 раз на рік;</p> <p>3.19.Мігрень (G43);</p> <p>3.20.Синдром хронічної втоми (G93.3, F48.0, R53, Z73.0);</p> <p>3.21.Синдром хребцевої артерії (M47.00);</p> <p>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;</p>
--	--	---

		<p>3.23. Соматоформні розлади (F45), у тому числі вегето-судинна дистонія; нейроциркуляторна дистонія (F43, F45, R 45, G90.8, G90.9);</p> <p>3.24. Остеопороз (M80-M82);</p> <p>3.2 Врослий ніготь (L60.0);</p> <p>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.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).</p> <p>ПРИМІТКА. Перераховані у п.3.26 виключення не поширюються на випадки класичних «дитячих інфекцій» з відповідною клінічною картиною;</p> <p>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:</p> <p>4.1.Злоякісні новоутворення (C00-C97), новоутворення In situ (D00-D09), окрім випадків первинної діагностики;</p> <p>4.2.Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою (D50- D61, D63-D77);</p> <p>4.3.Системні атрофії ЦНС (G10-G13);</p> <p>4.4.Демієлінізуючі захворювання (G35-G37);</p> <p>4.Аміотрофії (G54,5);</p> <p>4.6.Міастенії (G70);</p> <p>4.7.Міотонії (G71);</p> <p>4.8.Дитячий церебральний параліч (G80);</p> <p>4.9.Енцефалопатія будь-якого генезу (G92, G93.4, G93.8);</p> <p>4.10.Сирингомієлія (G95);</p> <p>4.11.Синдром «сухого ока» (H16.2);</p> <p>4.12.Халязіон (H00.1);</p> <p>4.13.Катаракта (H25-H28);</p> <p>4.14.Косоокість (H49-H52);</p> <p>4.1Глаукома (H40-H42), окрім кризового перебігу, що вперше діагностована протягом дії Договору страхування, та загрожує настанню сліпоти у Застрахованій особі;</p> <p>4.16.Короткозорість (H52.1); далекозорість (H52.0);</p> <p>4.17.Астигматизм (H52.2);</p> <p>4.18.Амбліопія (H53.0), астенопія (H53.1);</p> <p>4.19.Спазм акомодатії (H52.5);</p> <p>4.20.Кератоконус (H18.60);</p> <p>4.21.Ревматизм (I00-I02);</p> <p>4.22.Кардіоміопатії (I43-I43);</p> <p>4.23.Хронічна серцева недостатність (I50,I50.1,I50.9);</p> <p>4.24.Атеросклероз (I70);</p>
--	--	--

		<p>4.2 Хронічна венозна недостатність (I80-I89);</p> <p>4.26. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз); геморой, крім невідкладних станів (тромбоз, профузна кровотеча) (I83);</p> <p>4.27. Гіпертрофія аденоїдів (J32);</p> <p>4.28. Хвороба Крона (K50);</p> <p>4.29. Неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);</p> <p>4.30. Лейкоплакія (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4);</p> <p>4.31. Ревматоїдний артрит (M05-M09);</p> <p>4.32. Системні захворювання сполучної тканини (M30-M36);</p> <p>4.33. Аутоімунні захворювання (M30-M36); аутоімунний тиреоїдит (E 06.3);</p> <p>4.34. Хронічні аутоімунні артропатії та спондилопатії (M30-M36);</p> <p>4.3 Хронічна ниркова недостатність (N18);</p> <p>4.36. Мастопатія (N60);</p> <p>4.37. Ендометріоз (N80);</p> <p>4.38. Гіперплазія ендометрія (N80);</p> <p>4.39. Дісплазія епітелію шийки матки (N87), ерозія шийки матки (N86);</p> <p>4.40. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою (P10-P15);</p> <p>4.41. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених (P91);</p> <p>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);</p> <p>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);</p> <p>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;</p> <p>4.4 Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату (M15-M19, M40-M54), у тому числі протрузії, хребцева кіла, спондилоартроз, спонділолістез, остеохондроз, артроз, п'яткова шпора (плантарний фасціт, 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.</p> <p>Договором страхування може бути передбачено, що Страховик, якщо інше не встановлено Програмою страхування, не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на/ щодо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Витрати та послуги, не передбачені Договором страхування та Програмою страхування; 2. Будь-які операції чи лікування, що незавершені чи очікуються, до початку набрання чинності Договору страхування; 3. Медичні послуги та медикаменти, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами
--	--	--

		<p>МОЗ;</p> <p>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;</p> <p>5. Планове видалення металоконструкцій (за винятком випадків, коли металоконструкція встановлена в період дії Договору страхування);</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>8.Проведення літотріпсії та видалення каменів будь-якої локалізації, окрім випадків повного блоку (обтурації) нирки каменем; планове видалення каменів при жовчнокам'яній хворобі;</p> <p>9.Протезування, ендопротезування, імплантації; трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків); забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;</p> <p>10.Використання лазерних технологій лікування, в тому числі лазерної коагуляції сітківки ока;</p> <p>11.Педіатричну допомогу в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення тощо);</p> <p>12.Видалення, промивання сірчаних пробок, окрім гострого отиту; промивання лакун мигдаликів;</p> <p>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;</p> <p>14.Послуги та лікування в профілакторіях, санаторіях, реабілітацію, відновлювальну терапію;</p> <p>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;</p> <p>16.Звичайні планові (профілактичні) обстеження (огляди), включаючи діагностику; диспансерне обстеження (спостереження);</p> <p>17.Альтернативну медицину (голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, кінезотерапія, кінезіотейпування, гірудотерапія тощо), озонотерапію (у тому числі в стоматології), УФО; лазерні технології (у тому числі в стоматології); барокамери; ударно-</p>
--	--	---

		<p>хвильову терапію, механотерапію, підводні тракції, екстракорпоральні методи лікування та реабілітації; PRP- терапія тощо;</p> <p>18.Фізіотерапевтичні процедури; оздоровчі процедури (відвідування басейну, масаж, SPA тощо);</p> <p>19.Консультації нарколога, психіатра, психоневролога, психотерапевта, психоаналітика, психолога, дієтолога, генетика, імунолога, подолога, гомеопата, логопеда;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>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;</p> <p>6.2.Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів з дня призначення лікування при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>6.5. Лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;</p>
--	--	---

		<p>6.6. Медикаментів, придбаних поза аптечною мережею України та/ або які не мають реєстрації на території України.</p> <p>6.7. Лікарських засобів, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних умовах:</p> <p>6.7.1. Хондропротектори, в тому числі хондроїтин сульфат глюкозамін, препарати гіалуронової кислоти;</p> <p>6.7.2. Засоби, що впливають на мінералізацію кісток у тому числі препарати кальцію, бісфосфонати;</p> <p>6.7.3. Антинеопластичні засоби;</p> <p>6.7.4. Гіполіпідемічні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;</p> <p>6.7. Психостимулюючі та ноотропні засоби;</p> <p>6.7.6. Засоби, що застосовуються при деменції;</p> <p>6.7.7. Антитромботичні засоби, окрім випадків стаціонарного лікування гострого інсульту та гострого інфаркту;</p> <p>6.7.8. Аналоги гонадотропін-релізинг гормону, гормональних спіралей типу „Мірена”;</p> <p>6.7.9. Імуномодулятори: імуностимулятори, імунодепресанти/ імуносупресори;</p> <p>6.7.10. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;</p> <p>6.7.11. Препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);</p> <p>6.7.12. Антигомотоксичні та гомепатичні препарати;</p> <p>6.7.13. Біологічно активні та харчові добавки;</p> <p>6.7.14. Ензими загальної дії (вобензим, серата, дистрептаза тощо);</p> <p>6.7.15. Гепатопротектори, гепатотропні препарати;</p> <p>6.7.16. Пробиотики, пребіотики, еубіотики; бактеріофаги;</p> <p>6.7.17. Протигрибкові препарати;</p> <p>6.7.18. Психолептичні препарати (снодійні, седативні, транквілізатори, анксиолітики, антидепресанти, антипсихотики тощо);</p> <p>6.7.19. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);</p> <p>6.7.20. Адаптогени;</p> <p>6.7.21. Препарати моновітамінів, полівітамінів (3 і більше в складі), вітамінно- мінеральних комплексів, мінеральних речовин (мікро- та макроелементів);</p> <p>6.7.22. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок; інші рідини для промивання та зрошення;</p> <p>6.7.23. Матеріали для алло - і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період дії Договору;</p> <p>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);</p> <p>6.7.25. Кардіопротектори;</p> <p>6.7.26. Сироватки, антитіла, антигени;</p> <p>6.7.27. Профілактичної вакцинації, окрім антирабійної вакцинації та вакцинації проти правцю;</p> <p>6.7.28. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань;</p> <p>6.7.29. Простагландинів, окрім випадків переривання вагітності за медичними показаннями;</p> <p>6.7.30. Фітопрепарати, а саме: трави, корені, кора, збори з них, суміші тощо, настоянки та настойки з них.</p>
--	--	--

		<p>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:</p> <p>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, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри тощо), медичне устаткування (набори для емболізації, деартерілізації, артроскопічні набори, лапароскопічні набори, витратні матеріали для металоостеосинтезу: пластини, гвинти, спиці, металеві конструкції, тощо);</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <p>8.1. Досліджень на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, коронарографії, тредміл-тестів, проби Манту;</p> <p>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.</p> <p>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,:</p> <p>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;</p> <p>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);</p> <p>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);</p> <p>9.4. Медичного транспортування Застрахованої особи з інших міст України до Києва або до іншого медичного закладу в межах України без медичних показань;</p> <p>9. Транспортних витрат за межами 30 км зони від КПП/ меж міста виїзду лікаря або швидкої допомоги; послуги таксі;</p>
--	--	--

		<p>9.6. Оплата послуг за благодійним внеском, полісом страхування (монополіс) в іншій страховій компанії.</p> <p>10. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:</p> <p>10.1. 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;</p> <p>10.2. Вчинення Застрахованою особою (особою, яка претендує на отримання страхової виплати), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Події;</p> <p>10.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>10.4. 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);</p> <p>10.5. Наявність обставин, що відносяться до винятків зі страхових випадків та обмежень страхування, передбачених Загальними умовами;</p> <p>10.6. Відсутність (часткова або повна) документів, які необхідні, згідно Загальних умов, для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати;</p> <p>10.7. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій Асистанта або лікуючого лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я ЗО;</p> <p>10.8. Відмова ЗО від обстеження лікарем, призначеним Асистантом після настання Події;</p> <p>10.9. 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 епікрізі (медичних документах) ЗО;</p> <p>10.10. інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, які не суперечать законодавству України.</p>
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір укладається в письмовій формі з дотриманням вимог чинного законодавства України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у формі паперового документа.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Продукт реалізується страховими посередниками та штатними працівниками компанії. Страхові посередники - https://ultra-alliance.com.ua/insurance-agents/ Штатні працівники з реалізації - https://ultra-alliance.com.ua/perelik-praczivnykiv-z-realizacziyi/
23	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт «Медичне страхування» (код страхового продукту 0202) затверджений Наказом Голови Правління ПрАТ «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» №25 від 20.05.2025р.

24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Повна інформація про стандартний страховий продукт міститься у Загальних умовах страхового продукту №0202, затверджених Наказом Голови Правління ПрАТ «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» №25 від 20.05.2025р. та розміщених на веб-сайті Страховика за посиланням: https://ultra-alliance.com.ua/zagalni-umovy-strahuvannya/zagalni-umovy-strahovyh-produktiv/
----	--	--