

TAS life

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Рішенням Правління

АТ «СК «ТАС» (приватне)

Протокол від «27» вересня 2024 р.

Голова Правління

АТ «СК «ТАС» (приватне)

Власенко А.Л.



**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ
СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»
(РЕДАКЦІЯ-02)
(ДІЄ З 01.10.2024 РОКУ)**

ЗМІСТ

1.	Клас страхування	3
2.	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	3
3.	Найменування та адреса Страховика	8
4.	Умови страхового покриття за договором страхування	8
5.	Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	10
6.	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	12
7.	Порядок відмови від договору страхування	14
8.	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	14
9.	Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат	15
10.	Підстави відмови у страховій виплаті	16
11.	Порядок укладення договору страхування	16
12.	Винятки із страхових випадків та обмеження страхування	16
13.	Порядок вирішення спорів	24
14.	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	24
15.	Інші умови	24

1. Клас страхування

1.1. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

2. Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування

2.1. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – комплекс медичних послуг, які надаються Застрахованій особі з метою обстеження та/або лікування та/або з профілактичною метою в закладах охорони здоров'я якими є: центри первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичні центри, медичні центри будь-якої форми власності, травмпункти, поліклінічні відділення лікарень тощо, в разі, якщо лікування не вимагає цілодобового перебування в лікарняному закладі під наглядом медичного персоналу.

2.2. **Асистуюча компанія (далі – Асистанс)** – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі визначеному програмою страхового продукту.

2.3. **Асистуюча послуга** – 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 відповідно до умов договору зі Страховиком.

2.4. **Вигодонабувач** – особа або категорія осіб, які мають право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

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

2.6. **Відновлювальна (реконструктивна) хірургія** – розділ хірургії, що займається виправленням і відновленням форми і функції тканин і органів, у тому числі пластичні хірургічні втручання (пластичні операції).

2.7. **Вперше виявлене захворювання** – захворювання, що було вперше в житті діагностовано у Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування.

2.8. **Гостре захворювання** – раптове непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до значного погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

2.9. **Гострий больовий синдром** – така реакція нервової системи організму на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме безпосередню загрозу життю Застрахованої особи.

2.10. **Договірний заклад охорони здоров'я** – такий заклад охорони здоров'я, з яким Страховиком та/або Асистансом укладено договір про надання/отримання медичних послуг, лікарських засобів та інших послуг, передбачених Договором страхування, та який узгоджений Страховиком, як такий, в якому передбачена організація послуг згідно Договору страхування.

2.11. **Денний стаціонар** – це лікувальний підрозділ закладу охорони здоров'я, де надається кваліфікована медична допомога хворим, які не потребують цілодобового медичного нагляду. Лікування в денному стаціонарі є складовою частиною амбулаторно-поліклінічної допомоги.

2.12. **Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно

якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхову премію у визначений строк та виконувати інші умови Договору страхування.

2.13. Екстремальні види спорту – види спорту, заняття якими несе підвищену небезпеку для життя та здоров'я Застрахованої особи включаючи, але не обмежуючись заняттям альпінізмом, спелеотуризмом, скелелазінням, планеризмом, стрибками з парашутом та іншими подібними видами спорту та розваг, в яких існує елемент «вільного падіння», верховою їздою, кінним спортом, катанням на тваринах, дайвінгом, підводними видами спорту чи розваг, фрістайл-акробатикою; мотоспортом та автоспортом, а також іншими видами спорту, що потребують використання моторизованих наземних, водних чи повітряних машин, контактними видами спорту (бокс, кікбоксінг, карате, боротьба вільна, боротьба греко-римська, дзюдо, самбо, рукопашний бій тощо), хокеєм з шайбою, важкою атлетикою, спортивною гімнастикою, багатоборством, регбі, американським футболом, гірськолижним (у т.ч. катання на сноуборді) та лижним спортом (крім бігових лиж), бобслеєм, катанням на ковзанах (крім непрофесійного катання в спеціально обладнаних для цього місцях), водним туризмом, слаломом, художньою гімнастикою, легкою атлетикою, стрільбою з лука, стендовою та кульовою стрільбою, фехтуванням, всіма видами серфінгу, вітрильним спортом, акробатикою, флайбордингом, стрибками на батуті, пересуванням на сегвеї, паркур, пейнтболом, страйкболом, велосипедним спортом (участь у будь-яких змаганнях та гонках з велоспорту; заняття (в тому числі аматорське) видами велосипедного спорту, що несуть підвищений ризик травмування включаючи, але не обмежуючись: крос-кантрі, швидкісний спуск, байкер-крос, фрірайд, ВМХ, дерт, флетленд, тріал, дуал, інші види маунтінбайкінгу та мотокросу).

2.14. Загострення хронічного захворювання – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання медичної допомоги.

2.15. Заклад охорони здоров'я (медичний заклад, лікувально-профілактичний заклад) – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

2.16. Застрахована особа – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я та працездатності якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

2.17. Захворювання (хвороба) – будь-яке порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними і (або) морфологічними змінами, діагностовано і підтверджене медичними документами. Захворюванням вважаються всі пошкодження і наслідки, що виникають у зв'язку з одним і тим же діагнозом, а також всі хвороби з однієї причини або пов'язаних причин. Якщо хвороба обумовлена тією ж причиною, з якої виникло попереднє захворювання, або пов'язаною з нею причиною, захворювання вважається продовженням попереднього, але не окремим захворюванням.

2.18. Здоров'я – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз).

2.19. Зняття гострого больового синдрому – комплекс заходів із забезпечення лікарськими засобами (медикаментами) зі знеболювальною дією для лікування гострого больового синдрому протягом 7 днів на один страховий випадок.

2.20. Картка Застрахованої особи (Картка) – індивідуальна електронна та/або пластикова картка, що видається Страховиком кожній Застрахованій особі, або розміщується в мобільному додатку Страховика / Асистансу та містить інформацію щодо строку дії Договору страхування, номеру Договору страхування та/або полісу, контактні дані Страховика та/або Асистансу та підтверджує факт страхування цієї особи.

2.21. Лікар-координатор – представник Страховика та/або Асистансу, який організовує

надання медичних послуг Застрахованій особі.

2.22. Лікарський засіб – будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох активних фармацевтичних інгредієнтів та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

2.23. Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який може встановлюватись при укладенні Договору страхування по окремим програмам страхового продукту та/або по окремих видах медичних послуг.

2.24. Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

2.25. Медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

2.26. Медична послуга – послуга, що надається закладом охорони здоров'я чи особою, що має ліцензію на надання відповідного виду медичних послуг.

2.27. Невідкладна медична допомога (Невідкладна допомога) – комплекс медичних послуг, що організовується при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям. Невідкладна допомога включає: виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, реанімаційні заходи, діагностичні та лікувальні процедури в рамках ресурсів бригади, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, медикаментозне забезпечення в рамках ресурсів бригади виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги, медичну допомогу травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше), транспортування каретою невідкладної допомоги за медичними показаннями.

2.28. Невідкладна стаціонарна допомога – комплекс медичних послуг з надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин з моменту виникнення) стаціонарному лікуванні.

2.29. Невідкладна стоматологічна допомога – це комплекс стоматологічних послуг, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, гострий періодонтит, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронаріт, флегмона і абсцес щелепно-лицьової області, невралгія трійчастого нерва, закупорка проток слинних залоз.

2.30. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування. До зовнішніх факторів належать стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварії, протиправні дії третіх осіб, укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла або рідин, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, дорожньо-транспортні пригоди, ушкодження внаслідок неправильних медичних маніпуляцій, гостре отруєння внаслідок

впливу побутових чи промислових хімічних речовин.

2.31. **Нозологічна одиниця** – певна хвороба, виділена на основі встановлених етіології і патогенезу та/або характерної клініко-морфологічної картини; одиниця номенклатури та міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10).

2.32. **Оздоровчі послуги** – послуги, що надаються оздоровчим закладом чи особою, що має ліцензію на надання відповідного виду оздоровчих послуг.

2.33. **Опція програми страхового продукту** – розділ страхового покриття, що включає певний комплекс медичних послуг за окремим напрямком.

2.34. **Організація послуги** – факт запису Застрахованої особи на консультацію, здійснення виклику лікаря або швидкої невідкладної допомоги, відправки заявки на отримання лікарських засобів в аптеку тощо.

2.35. **Планова медична допомога** – комплекс медичних послуг, який надається при порушеннях здоров'я Застрахованої особи, що не становлять безпосередньої загрози її життю.

2.36. **Планова стаціонарна допомога** – комплекс послуг стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі за направленням лікаря у зв'язку з порушенням окремих функцій органів та систем організму, що не зумовлюють потреби у негайній (ургентній) допомозі за життєвими показниками протягом 24 годин.

2.37. **Планова стоматологічна допомога** – це комплекс стоматологічних послуг, що включає лікування карієсу і його ускладнень, усунення дефектів тканин зуба некаріозної природи шляхом пломбування, видалення зубних відкладень, лікування захворювань тканин пародонту, видалення зруйнованих зубів і їх коріння, що не підлягають консервативному лікуванню, ортодонтичне та ортопедичне лікування.

2.38. **Пластичні операції** – хірургічні (оперативні) втручання, головною особливістю яких є переміщення (трансплантація, пересадка) тканин і органів або імплантація матеріалів, що їх замінюють. Пластичні операції є основним методом відновлювальної хірургії, яка об'єднує методи хірургічного відтворення цілісності органів людського тіла і відновлення їх функцій при вроджених або набутих дефектах.

2.39. **Провідні фахівці** – провідні спеціалісти, лікарі з науковим ступенем, керівники клінік, завідувачі відділень та будь-які інші спеціалісти закладу охорони здоров'я, вартість послуг яких перевищує вартість аналогічних послуг інших спеціалістів у преїскуранті даного закладу охорони здоров'я.

2.40. **Програма страхового продукту** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, 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.

2.41. **Розрахунковий заклад охорони здоров'я** – заклад, за тарифами якого здійснюється страхова виплата при самостійній оплаті медичних послуг відповідно до умов Договору страхування. Страхові виплати здійснюються за тарифами, що діяли на дату отримання медичних послуг.

2.42. **Стаціонарна допомога** – комплекс медичних послуг, що надається Застрахованій особі на території закладу охорони здоров'я при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованій особі під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, а ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

2.43. **Страхова виплата (страхове відшкодування)** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

2.44. **Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок)** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

2.45. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

- 2.46. **Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.
- 2.47. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований та з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства.
- 2.48. **Страховий інтерес** – матеріальна зацікавленість та/або потреба Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов’язаних з здоров’ям Застрахованої особи.
- 2.49. **Страховий продукт** – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.
- 2.50. **Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування та яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 2.51. **Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.
- 2.52. **Страховик** – **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС».**
- 2.53. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, фізична особа - підприємець, юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.
- 2.54. **Строк дії Договору страхування** – період, що встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.
- 2.55. **Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та під час якого Страховик зобов’язаний здійснити страхову виплату (відшкодування) в разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.
- 2.56. **Територія дії Договору страхування** – територія України, крім територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України, та територій, на яких органи влади України не здійснюють своїх повноважень.
- 2.57. **Форс-мажорні обставини** – на умовах цього страхового продукту під форс-мажорними обставинами розуміють незвичайні і непередбачувані обставини, події чи явища поза контролем Страховика та Страхувальника, наслідків яких не можна було уникнути навіть при докладанні найбільших зусиль.
- 2.58. **Франшиза** – передбачена Договором страхування частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати. Франшиза може бути встановлена по конкретному закладі охорони здоров’я, програмі страхового продукту, групі послуг.
- 2.59. **Хронічне захворювання (хвороба)** – хвороба з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
- 2.60. **Хронічне захворювання в стадії загострення** – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значною клінічною маніфестацією (посиленням симптомів).
- 2.61. **Хронічне захворювання в стадії ремісії (поза стадією загострення)** – період перебігу хронічної хвороби, що характеризується значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів).

Інші терміни, що використовуються в цих Загальних умовах, вживаються в значеннях, наведених у Законі України «Про страхування», Законі України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та інших законах та підзаконних нормативно-правових актах, включаючи нормативно-правові акти Національного банку України.

Договір страхування може містити інші терміни, не вказані в цих Загальних умовах або може містити зазначені терміни з уточненнями та/або деталізованими, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

Відповідно до вимог чинного законодавства Договір страхування не може містити понять та/або термінів, які за своєю економічною суттю пересікаються та/або збігаються з іншими поняттями або термінами, визначеними законодавством України та понять та/або термінів, визначених законодавством України, у власній інтерпретації Страховика таких понять та/або термінів.

3. Найменування та адреса Страховика:

Найменування Страховика: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАС».

Місцезнаходження Страховика: 01001, м. Київ, вулиця Руставелі Шота, буд. 16.

Адреса електронної пошти Страховика: sktas@taslife.com.ua.

Інформаційна лінія Страховика: 0 (44) 507 07 09.

Реквізити для сплати страхових внесків: UA313052990000026504006800349 в АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО КОМЕРЦІЙНИЙ БАНК «ПРИВАТБАНК», код ЄДРПОУ 30929821.

4. Умови страхового покриття за Договором страхування

4.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

4.2. Об'єктом страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

4.3. **Застрахованими особами** можуть бути фізичні особи, вік яких на дату укладення Договору страхування становить **від 18 (вісімнадцяти) до 64 (шістдесяти чотирьох) повних років**. На момент закінчення дії Договору страхування Застрахованій особі не повинно бути більше 65 (шістдесяти п'яти) повних років.

4.4. За цим страховим продуктом страхування здійснюється в межах підкласу «медичне страхування».

4.4.1. Страховими ризиками за цим страховим продуктом є:

- захворювання Застрахованої особи (в тому числі гостре захворювання та загострення хронічного захворювання);
- травматичне пошкодження або інший розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку
- інші розлади здоров'я Застрахованої особи та/або випадки, передбачені Договором страхування та які не віднесені до винятків із страхових випадків та обмежень страхування відповідно до цих Загальних умов.

4.4.2. Страховими випадками в межах цього страхового продукту визначено такі події як:

- звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я в зв'язку з настанням захворювання Застрахованої особи (в тому числі гострого захворювання та загострення хронічного захворювання);
- звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я в зв'язку з виникненням травматичного пошкодження або інших розладів здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я в зв'язку з виникненням інших розладів здоров'я Застрахованої особи та/або випадків, передбачених Договором страхування та які не віднесені до винятків із страхових випадків та обмежень страхування відповідно до цих Загальних умов.

4.5. Перелік страхових випадків за кожним окремим Договором страхування визначається за згодою сторін і зазначається в Договорі страхування. При цьому Договір страхування може містити один чи декілька страхових ризиків/випадків в будь-якому поєднанні, частина з яких може визначатись із певними обмеженнями та/або уточненнями.

4.6. Якщо інше не зазначено в Договорі страхування, Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата початку строку дії Договору, але не раніше дня та часу отримання Страховиком (представником Страховика,

уповноваженою особою Страховика) страхового платежу в розмірі, визначеному в Договорі, і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші передбачені умовами Договору обставини не призвели до дострокового припинення його дії.

4.7. Строк дії страхового покриття визначається за згодою сторін Договору страхування та вказується в такому Договорі.

4.8. Розмір страхової премії та/або загальний розмір страхової премії визначається за згодою сторін та зазначається в Договорі страхування.

4.9. Страхова премія становить добуток страхової суми та страхового тарифу:
 $СП = СС * Т$.

4.10. Страховий тариф обчислюється шляхом додавання тарифів за кожним із обраних в Договорі страхування страхових ризиків (основних складових) та наступного множення на коригуючі коефіцієнти додаткових параметрів страхового ризику (додаткових складових):

$T(\text{по Договору}) = ((T(\text{ризик 1}) + T(\text{ризик 2}) + \dots) * K(\text{додаткова складова 1}) * K(\text{додаткова складова 2}) * \dots$

Розмір страхового тарифу за ризиком в межах класу страхування 2 «страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» складає від 0,20 до 35 % страхової суми.

4.11. Порядок сплати страхової премії (одноразово або частинами) визначаються за згодою сторін у Договорі страхування. Страхова премія сплачується Страхувальником в безготівковій формі в національній валюті України – гривні.

4.12. До додаткових параметрів (додаткових складових) страхового ризику, які враховуються при визначенні страхового тарифу за Договором страхування, можуть належати:

4.12.1. вік та кількість Застрахованих осіб;

4.12.2. вид та/або галузь діяльності Застрахованих осіб;

4.12.3. строк дії Договору страхування та строк страхового покриття;

4.12.4. стан здоров'я Застрахованих осіб на момент укладення Договору страхування;

4.12.5. цінова категорія закладів охорони здоров'я, в яких передбачено надання медичної допомоги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку;

4.12.6. розмір франшизи, встановленої за окремими видами послуг страхового продукту;

4.12.7. наявність досвіду попереднього страхування;

4.12.8. місцезнаходження Застрахованих осіб;

4.12.9. розмір винагороди страхового посередника (агента/брокера).

4.13. Частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного договору страхування, визначається при укладенні Договору страхування за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому Договорі страхування.

4.14. Страхові суми для даного страхового продукту визначаються у Договорі страхування в розмірі від 5 000 грн. до 500 000 грн.

4.15. Договором страхування можуть бути передбачені додаткові ліміти відповідальності: такі, як ліміти на покриття окремих видів послуг (амбулаторна, стаціонарна допомога, медикаментозне забезпечення, профілактичні медичні обстеження тощо) у вигляді сублімітів страхових сум, так і в лімітах на кількість чи тривалість покриття окремих послуг (медикаментозне забезпечення, лікувальні масажі, фізіопроцедури тощо).

4.16. Після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на величину страхової виплати. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати розміру страхової суми за Договором страхування.

4.17. Територія дії Договору страхування – територія України, крім територій, на яких фактично проводяться воєнні (бойові) дії, або тих, які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), незалежно від включення таких територій у відповідні переліки, що затверджуються органами влади України, та територій, на яких органи влади України не здійснюють своїх повноважень.

5. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов Договору страхування

5.1. Страхувальник має право:

- 5.1.1. відмовитись від Договору страхування в порядку, визначеному Договором страхування або чинним законодавством;
- 5.1.2. отримувати засвідчену копію Договору страхування, в тому числі його електронну копію, у разі втрати оригінального примірника Договору страхування;
- 5.1.3. ініціювати внесення змін та доповнень до умов Договору страхування та/або його дострокове припинення на умовах, передбачених Договором страхування, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;
- 5.1.4. повідомляти Страховика щодо недоліків під час надання медичних послуг Застрахованій особі закладами охорони здоров'я та організації послуг Асистансом, визначеними Страховиком.
- 5.1.5. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір страхової виплати у встановленому чинним законодавством порядку;
- 5.1.6. за погодженням із Страховиком передавати свої права та обов'язки за Договором страхування іншій особі;
- 5.1.7. отримувати інформацію за Договором страхування.

5.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 5.2.1. ознайомитись з умовами страхового продукту перед укладенням Договору страхування;
- 5.2.2. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування;
- 5.2.3. протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;
- 5.2.4. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування;
- 5.2.5. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 5.2.6. надавати Страховику (його уповноваженому представнику) право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та на час звернення, а також протягом всього строку дії Договору страхування; за необхідності проходити за направленням та за рахунок Страховика додаткове обстеження стану свого (Застрахованої особи) здоров'я у незалежного лікаря, визначеного Страховиком;
- 5.2.7. надавати на запити Страховика інформацію та документи, що мають суттєве значення для вирішення питання про страхову виплату;
- 5.2.8. під час страхування іншої особи (Застрахованої особи) до укладення Договору страхування ознайомити її з умовами такого Договору страхування та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України;
- 5.2.9. повідомляти Страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

5.3. Страховик має право:

- 5.3.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати надання відомостей та документів, що мають значення для визначення ступеня страхового ризику, а також іншої документації Страхувальника (Застрахованої особи), що стосується предмета Договору страхування у будь-який момент його дії;
- 5.3.2. вносити зміни до Договору страхування у зв'язку зі змінами обставин, якими Сторони керувались під час укладення Договору страхування та/або внесення змін до умов Договору страхування. У разі, якщо Сторони не дійшли згоди з приводу внесення змін до Договору страхування, такий Договір страхування припиняє свою дію з дати, зазначеної в листі Страховика;

5.3.3. достроково припинити дію Договору страхування у випадку ненадання взагалі або надання Страхувальником неправдивих та/або неповних відомостей про об'єкт страхування, які мали істотне значення для оцінки страхового ризику та прийняття рішення щодо можливості укладення Договору страхування або внесення до нього змін, повідомивши про це Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту прийняття такого рішення; відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати чи відмову у її здійсненні у випадках та на умовах, передбачених Договором страхування;

5.3.4. здійснювати комунікації із Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, пов'язані із супроводженням Договору страхування, з фіксацією розмов технічними засобами, а також передавати відповідні повноваження третім особам;

5.3.5. припинити дію Договору страхування у випадку несплати Страхувальником страхового внеску в розмірі та у строки, визначені Договором страхування;

5.3.6. за необхідності, для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим, вимагати проведення медичного обстеження (огляду, дослідження) Застрахованої особи або інші дії, пов'язані з перевіркою обставин та наслідків настання випадку.

5.4. Страховик зобов'язаний:

5.4.1. перед укладенням Договору страхування забезпечити Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника та отримати підтвердження Страхувальника у письмовій формі про ознайомлення з цією інформацією та про те, що наданої інформації достатньо для прийняття ним усвідомленого рішення про укладення відповідного Договору страхування;

5.4.2. у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений Договором страхування строк;

5.4.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог чинного законодавства.

5.5. Застрахована особа має право:

5.5.1. ознайомитись з Загальними умовами страхового продукту, інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, умовами Договору страхування та програмою страхового продукту;

5.5.2. в разі настання страхового випадку отримати страхове відшкодування та/або оплату вартості та/або відшкодування понесених витрат за надання медичних послуг та медичного забезпечення в межах страхової суми (лімітів відповідальності), що передбачені Договором страхування;

5.5.3. при відмові у здійсненні страхового відшкодування отримати від Страховика обґрунтовані причини відмови

5.6. Застрахована особа зобов'язана:

5.6.1. відповідально та дбайливо ставитися до свого здоров'я, а у разі настання його розладу (настання події, що має ознаки страхового випадку), звернутися до Страхувальника та/або Асистансу у строки, визначені цими Загальними умовами та Договором страхування;

5.6.2. повідомляти Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у строк та спосіб, передбачений умовами Договору страхування;

5.6.3. надавати Страховику достовірні відомості про стан свого здоров'я при укладанні Договору страхування, а також впродовж його дії;

5.6.4. у випадку необхідності одержання медичних послуг у закладі охорони здоров'я, не передбаченому переліком, що визначений Договором страхування, узгодити це із представником Страховика та/або Асистансу до одержання таких послуг у порядку, визначеному Договором страхування;

5.6.5. виконувати всі рекомендації лікаря-координатора Страховика та/або Асистансу, а в період обстеження та лікування – рекомендації та призначення лікаря, приписи медичного персоналу та дотримуватись розпорядку, встановленого у закладі охорони здоров'я, а також дотримуватись усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України;

5.6.6. при відвідуванні закладу охорони здоров'я та інших установ або осіб, що надають медичні послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги тощо) мати при собі документ, що підтверджує особу;

5.6.7. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, третім особам.

Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання Застрахованої особи, передбачені Договором страхування покладаються на її законного представника (зокрема, одного з батьків).

5.7. Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування:

5.7.1. за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування Сторони несуть відповідальність згідно чинного законодавства України.

5.8. Сторони набувають інших прав та обов'язків, що прямо впливають з Договору страхування.

5.9. Сторони зобов'язані протягом 30 (тридцяти) календарних днів повідомляти одна одну про зміну найменування, адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків відповідно до умов Договору страхування.

5.10. Інформація, наведена у Договорі страхування, відноситься до таємниці страхування відповідно до Закону України «Про страхування». Таємниця страхування захищається від передавання третім особам та не підлягає розголошенню, крім випадків, передбачених законом та/або за згодою особи, якої стосується така інформація. Особа винувата за розголошення таємниці страхування несе відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

5.11. Заміна Страховика у Договорі страхування може бути здійснена шляхом укладення

5.11.1. тристороннього договору між Страховиком, який передає зобов'язання за Договором страхування, Страховиком, який приймає такі зобов'язання, та Страхувальником;

5.11.2. договору про передачу страхового портфеля відповідно до положень розділу IX Закону України «Про страхування».

5.12. Права і обов'язки Страхувальника можуть перейти до іншої фізичної особи лише за згодою Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання Договору страхування, їх правові наслідки

6.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика як шляхом підписання додаткової угоди до Договору страхування, так і шляхом обміну листами, документами, підписаними Стороною, яка їх надсилає, а також у інший спосіб та порядок, що не суперечить законодавству України.

6.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін.

6.3. Не допускається внесення змін до Договору страхування при відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін.

6.4. За письмовою заявою Страхувальник має право протягом дії Договору страхування передати свої права та обов'язки за Договором страхування іншій особі за умови її письмової згоди, згоди Застрахованої особи та Страховика, що оформлюється тристоронньою Додатковою угодою до Договору страхування.

6.5. Страховик має право передати права та обов'язки за Договором страхування іншому Страховику, який має відповідну ліцензію, за умови згоди Страхувальника та Застрахованої особи, що оформлюється тристоронньою додатковою угодою до Договору страхування.

6.6. Розмір страхової премії протягом дії Договору може бути змінений, якщо це передбачено умовами Договору страхування, за згодою Сторін у випадках та в порядку, передбаченим частиною 7 статті 95 Закону України «Про страхування».

- 6.7. Якщо інша Сторона не згодна із внесенням запропонованих змін Договору страхування продовжує свою дію на попередніх умовах або на передбачених ним умовах припиняє свою дію.
- 6.8. Дія Договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:
- 6.8.1. закінчення строку дії Договору страхування;
 - 6.8.2. виконання Страховиком зобов'язань, визначених Договором страхування, перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 6.8.3. несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором страхування строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами такого договору;
 - 6.8.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»);
 - 6.8.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 6.8.6. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;
 - 6.8.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 6.9. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика у випадках та на умовах, передбачених положеннями Договору страхування.
- 6.10. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами такого Договору та законодавством України.
- 6.11. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 6.12. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.
- 6.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.
- 6.14. Страховик повертає частину сплаченої страхової премії при достроковому припиненні дії Договору страхування Страхувальнику протягом 10 (десяти) робочих днів від дати припинення дії Договору страхування.
- 6.15. Для дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику:
- 6.15.1. заяву на дострокове припинення дії Договору страхування із зазначенням банківських реквізитів для отримання коштів. Заяву на дострокове припинення дії Договору страхування Страхувальник оформлює у письмовому вигляді (у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами законодавства) у довільній формі або скориставшись затвердженими Страховиком бланками заяв. Заява на дострокове припинення дії Договору страхування може подаватися Страхувальником як у довільній формі, так і за формою встановленою Страховиком, яка знаходиться на його офіційному сайті за посиланням https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-vnesennya-zmin;
 - 6.15.2. копії документів, що посвідчують особу Страхувальника;
 - 6.15.3. копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків - особи Страхувальника. У разі відсутності – копію паспорта із відповідною відміткою;
 - 6.15.4. нотаріально засвідчену довіреність на право отримання грошових коштів, у разі якщо отримувачем є інша уповноважена Страхувальником особа.

6.16. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та здійснення страхової виплати або прийняття Страховиком рішення про невизнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком та/або прийняття страховиком рішення про відмову в здійсненні страхової виплати.

6.17. Страховий внесок (частина страхового внеску) не виплачується при достроковому припиненні дії Договору страхування у разі виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

7. Порядок відмови від Договору страхування

7.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

- Договору страхування, строк дія якого становить менше 30 календарних днів;
- випадку, якщо за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку;
- випадку, передбаченому у пункті 7.1.1 цих Загальних умов.

7.1.1. Страхувальник має право протягом 45 календарних днів з дня отримання Договору страхування відмовитися від такого Договору, якщо Договір (поліс) містить розбіжності із заявою про намір укласти Договір страхування, поданою Страхувальником.

7.2. Про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика шляхом направлення заяви на відмову від Договору страхування у довільній формі або за встановленою формою, яка розміщена на сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/inshi-dokumenty/zayavy-na-povernennya-koshtiv. Така заява має бути подана Страховику у письмовому вигляді (у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами законодавства).

7.3. Страховик зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання від Страхувальника заяви на відмову від Договору страхування повернути йому сплачений страховий внесок повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

7.4. Якщо протягом періоду від початку дії Договору страхування до отримання Страховиком письмового повідомлення Страхувальника про відмову від Договору страхування сталася подія, що має ознаки страхового випадку, і про цю подію було повідомлено Страховику, то Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всі передбачені умовами Договору страхування документи для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати чи невизнання випадку страховим і відмови у здійсненні страхової виплати. Після прийняття такого рішення Страховик протягом 10 робочих днів повертає Страхувальнику сплачену страхову премію за вирахуванням суми страхової виплати (в разі, якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати) або повністю (в разі, якщо було прийнято рішення про відмову у страховій виплаті).

8. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

8.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, організація надання медичної допомоги (медичних послуг) для Застрахованої особи здійснюється Страховиком та/або Асистансом відповідно до умов Договору страхування.

8.2. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси, повинна негайно звернутися до Страховика та/або Асистансу та повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номер Договору страхування;
- обставини випадку та/або причини звернення (скарги, проблеми, які виникли із здоров'ям, необхідність консультації тощо).

8.3. На підставі отриманих даних лікар-координатор приймає рішення щодо організації надання медичної допомоги (медичних послуг) згідно умов Договору страхування.

8.4. Лікар-координатор направляє Застраховану особу в заклад охорони здоров'я відповідно до умов Договору страхування та обставин конкретного страхового випадку. Підбір лікувального закладу знаходиться у компетенції лікаря-координатора Страховика та/або Асистансу.

8.5. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа в екстрених випадках може звернутися для отримання медичних послуг в будь-який заклад охорони здоров'я, що не передбачений переліком закладів охорони здоров'я у Договорі страхування, та оплатити медичні послуги самостійно. У цьому випадку, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика та/або Асистанс до початку відвідування такого закладу охорони здоров'я (з метою узгодження плану надання медичної допомоги (медичних послуг)).

8.6. У випадку якщо звернення до Страховика та/або Асистансу є неможливим внаслідок різкого погіршення стану здоров'я Застрахованої особи (втрата свідомості, стан порушеної свідомості, гострий больовий синдром тощо) і надання цій особі невідкладної медичної допомоги, Застрахована особа або особа, що представляє її інтереси, зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки стан здоров'я Застрахованої особи стабілізується, будь-яким чином повідомити Страховика та/або Асистансу про отримання такої медичної допомоги. Таке повідомлення має надійти до Страховика та/або Асистансу не пізніше дати виписки Застрахованої особи з медичного закладу.

9. Порядок розрахунку та умови здійснення страхового відшкодування

9.1. У разі визнання події, що має ознаки страхового випадку, страховим випадком у Страховика виникає обов'язок здійснити страхове відшкодування на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання медичних послуг (медичної допомоги) Застрахованою особою та її вартість шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів:

9.1.1. опосередковано через Асистанс - закладам охорони здоров'я, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках страхового продукту. У такому випадку заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу;

9.1.2. безпосередньо Застрахованій особі - документально підтверджених витрат у разі самостійної сплати вартості послуг та медикаментів, при умові дотримання вимог Договору страхування.

9.2. Здійснення страхового відшкодування в разі настання страхового випадку передбачає відшкодування понесених витрат у межах страхової суми та лімітів відповідальності 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 оплати їх вартості.

9.3. Загальний розмір страхового відшкодування по одній Застрахованій особі не може перевищувати страхову суму або ліміти, встановлені Договором страхування або загальний корпоративний / агрегатний ліміт за опцією / набором опцій, якщо такий ліміт передбачено умовами Договору страхування.

9.4. Страховик здійснює страхове відшкодування відповідно до умов Договору страхування на підставі страхового акту та пакету документів, передбачених умовами Договору страхування.

9.5. Страховик при здійсненні страхового відшкодування безпосередньо Застрахованій особі:

9.5.1. протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після одержання від Застрахованої особи всіх необхідних документів, зазначених в Договорі страхування, приймає рішення про визнання події страховим випадком та здійснення страхового відшкодування або відмову у здійсненні страхового відшкодування;

9.5.2. у разі прийняття рішення про здійснення страхового відшкодування безпосередньо Застрахованій особі, здійснює страхову виплату в безготівковій формі (на особистий рахунок

Застрахованої особи/представника) протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (дати затвердження Страхового акту);

9.5.3. у разі прийняття рішення про відмову у страховому відшкодуванні, письмово повідомляє про це Застраховану особу протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

9.6. Після здійснення страхового відшкодування обсяг відповідальності Страховика (розмір страхової суми та відповідних лімітів) зменшується на розмір здійсненої виплати. Загальна сума страхових виплат по Договору страхування при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати розміру страхової суми, визначеної умовами Договору страхування.

9.7. Процедури, порядок прийняття рішень та особливості здійснення страхового відшкодування визначаються Договором страхування.

10. Підстави відмови у страховій виплаті

10.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування є:

10.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

10.1.2. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

10.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у Договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);

10.1.5. ненадання Страховику у випадках, передбачених Договором страхування, документів, необхідних для прийняття рішення за подією, що має ознаки страхового випадку, у строк, передбачений Договором страхування;

10.1.6. наявність обставин, які згідно умов Договору страхування є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування;

10.1.7. наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для Договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.

11. Порядок укладення Договору страхування

11.1. Договір страхування може укладатись виключно в письмовій формі у паперовому вигляді або у вигляді електронного документу, оформленого згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг», або в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».

11.2. У паперовому вигляді Договір страхування укладається за формою, затвердженою Страховиком, у двох автентичних примірниках, по одному для кожної із Сторін, які підсуються обома Сторонами.

12. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування

11.1.	Не визнаються страховим випадком звернення Застрахованої особи з приводу захворювань та станів у наступних випадках:
11.1.1.	Розлади стану здоров'я поза строком дії (за винятком медичної допомоги під час екстреного стаціонарного лікування, але не більше 5 (п'яти) календарних днів після закінчення строку дії Договору Страхування) та поза межами території дії Договору страхування.

11.1.2.	Розладів стану здоров'я внаслідок заняття екстремальними видами спорту.
11.1.3.	Розладів стану здоров'я внаслідок заняття будь-яким видом спорту на професійному рівні.
11.1.4.	Розладів стану здоров'я, пов'язаних з перебуванням у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, незалежно від термінів виявлення, самогубства/замаху на самогубство, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень чи некваліфікованого самолікування.
11.1.5.	Розладів стану здоров'я внаслідок навмисних дій (бездіяльності) Страхувальника/Застрахованої особи та дій, пов'язаних з невиправданим ризиком: керування транспортним засобом без відповідних прав, недотримання правил техніки безпеки, безпосередня участь в воєнних діях, під час проходження застрахованими військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях, як військовослужбовця, або цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин.
11.1.6.	Події не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин.
11.1.7.	Коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору страхування про стан здоров'я, який потребує надання медичної допомоги, інформацію про який вона не надала в Декларації про стан здоров'я (при оформленні такої Декларації на вимогу Страховика).
11.1.8.	Розладів стану здоров'я та звернення з приводу отримання медичних послуг, що не передбачені Договором страхування/Програмою страхування.
11.2.	Договір страхування не може бути укладений на користь осіб:
11.2.1.	Визнаних у встановленому порядку недієздатними.
11.2.2.	Хворих на тяжкі неврологічні та психічні захворювання, зокрема порушення мозкового кровообігу, пухлин/и головного та спинного мозку, епілепсію, шизофренію; громадян, які знаходяться на обліку в психоневрологічних, наркологічних диспансерах.
11.2.3.	Хворих на СНІД і тяжкі (декомпенсовані) форми захворювань серцево-судинної системи.
11.2.4.	Інвалідів I групи, інвалідів дитинства.
11.2.5.	Осіб, які знаходяться в місцях позбавлення волі.
11.2.6.	Осіб, вік яких на дату початку дії Договору страхування складає повних 64 років.
11.2.7.	Осіб, які в період дії Договору страхування є військовослужбовцями, приймають участь в проведенні будь-яких операцій Збройних Сил України, проведенні заходів територіальної оборони, будь-яких воєнних/військових діях.
11.2.8.	Якщо виявиться, що на дату укладення Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) була особою, зазначеною в Договорі страхування як така, що не може бути застрахована/не приймається на страхування, то такий Договір вважається таким, що не вступив в дію з дати його укладення, страхові виплати за таким Договором не здійснюються, а страхова премія підлягає поверненню Страхувальнику протягом 30 днів з дати виявлення Страховиком такого факту та за умови надання Страхувальником реквізитів для здійснення такого повернення.
11.3.	Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних послуг та підготовку до надання таких послуг
11.3.1.	Медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його

	ускладнень та невідкладних станів. Діагностичних обстежень, що не вплинуть на тактику лікування.
11.3.2.	Діагностику та лікування (в тому числі медикаментозне) будь-якого розладу стану здоров'я, в тому числі внаслідок нещасного випадку (травми тощо), в амбулаторних умовах строком понад 30 (тридцять) календарних днів з дати першого звернення до закладу охорони здоров'я по даному страховому випадку.
11.3.3.	Лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень.
11.3.4.	Лікування та діагностика, що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародні протоколи лікування.
11.3.5.	Екстракорпоральні методи лікування: плазмореф, плазмодіфікація, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитореф тощо.
11.3.6.	Гідроклонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія.
11.3.7.	Косметичні процедури та пластичні операції (крім випадків, коли такі операції є етапом оперативного відновлення функцій, порушених в результаті нещасного випадку, який настав в період дії Договору), в тому числі септопластика, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж).
11.3.8.	Лікування келоїдних рубців в тому числі травмування; зміна ваги та/або лікування ожиріння, метаболічний синдром, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі.
11.3.9.	Трансплантація органів та тканин (окрім лікування опіків), їх пошук, доставка, оплата донорів, протезування, ендпротезування та імплантація.
11.3.10.	Операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та ін.).
11.3.11.	Консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, соціолога, гомеопата, трихолога, генетика, андролога, сексопатолога, подолога, корекція психоемоційних порушень.
11.3.12.	Корекція зору (медикаментозна та апаратна), тренажери, процедури, в т.ч. апаратне лікування косоокості, використання профілактичної коагуляції сітківки ока, біостимуляції.
11.3.13.	Контрацепція (запобігання вагітності та контрацептивні засоби), послуги з планування сім'ї, стерилізації, штучного запліднення.
11.3.14.	Вийзні послуги лікарів вузьких спеціальностей, лікарів, які мають наукові ступені чи керівні посади (к.н.м., д.м.н., професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші).
11.3.15.	Транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше).
11.3.16.	Транспортування Застрахованої особи до закладів охорони здоров'я.
	<i>Дане обмеження не поширюється:</i>
	- на транспортування для надання екстреної допомоги в стаціонарних умовах;
	- на транспортування, за медичними показами, при неможливості надання медичної допомоги необхідного обсягу в тому закладі, де знаходиться застрахована особа;
	- на транспортування з травмпункту до місця проживання Застрахованої особи у випадку травмування нижніх кінцівок або у випадку, коли за медичними показами Застрахованій особі рекомендовано ліжковий режим.

11.3.17.	профілактичних, диспансерних та лікувально-оздоровчих заходів (в т.ч. медикаментів, призначених з метою профілактики, імунізації, вакцинації, санаторно-курортне лікування, тощо); лікування супутніх захворювань, яке не є необхідним для лікування основного захворювання, реабілітацію, ЛФК, мануальна терапію, всі види масажу, фізіотерапевтичні процедури.
11.3.18.	Лікувально-оздоровчі заходи, лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах, лікувально-профілактичні послуги за абонементом.
11.3.19.	Використання нетрадиційних та експериментальних методів: цілительство, гіпноз, рефлексотерапія, іридіодіагностика, гірудотерапія, озонотерапія, склеродіагностика та склеротерапія, біоенергетика, діагностика за методом Фолля, лазеротехнологічне лікування тощо.
11.3.20.	Оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару, окрім супроводження дитини віком до 6 років включно; організація та оплата індивідуального сестринського поста.
11.3.21.	Перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду.
11.3.22.	Повторні медичні обстеження, в т.ч. альтернативні консультації, та/чи придбання за власним бажанням Застрахованої особи товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря).
11.3.23.	Вагітність та пологи (якщо послуга «Ведення вагітності» не передбачена Договором та/або Програмою страхування), за винятком позаматкової вагітності, переривання вагітності за медичним призначенням та маткової кровотечі вагітних. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, вдома тощо).
11.3.24.	Підготовка до обстежень (клізми, мікроклізми, профілактичні препарати).
11.3.25.	Загальна анестезія при додаткових обстеженнях (ФЕГДС, урографії, цистографії та ін.) за виключенням випадків, коли без анестезії проведення обстеження не можливе).
11.3.26.	Стоматологічна допомога (стоматологічні послуги).
11.3.27.	Медичні довідки для отримання водійського посвідчення, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на профпридатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювання, за яким встановлена будь-яка група інвалідності та оформлення інших довідок.
11.3.28.	Витрати на видалення металоконструкцій, встановлених поза строком дії Договору страхування.
11.3.29.	Страховик не відшкодовує грошові суми, що були внесені Застрахованою особою до закладу охорони здоров'я, за надану їй медичну допомогу чи іншу послугу, в якості благодійних внесків, доброчинності тощо.
11.3.30.	Надання додаткового комфорту, якщо це не входить в послуги, що стандартно надає медичний заклад.
11.4.	Страховик не визнає страховим випадком та не відшкодовує виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, ступеня важкості та методу лікування) та лікування (крім послуг невідкладної медичної допомоги) після встановлення діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані.
11.4.1.	Серцево-судинна система: ішемічна хвороба серця (крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 10 днів – 1 (один) раз на рік протягом дії Договору страхування), стабільна стенокардія, порушення ритму.
11.4.2.	Гіпертонічна хвороба (крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 10 днів – 1 (один) раз на рік протягом дії Договору страхування).

11.4.3.	Прогресуюча, нестабільна стенокардія, гострі порушення ритму серця та провідності (крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 10 днів – 1 (один) раз на рік протягом дії Договору страхування).
11.4.4.	Кардіоміопатії.
11.4.5.	Захворювання крові та кровотворних органів за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою, окрім первинної діагностики у розмірі загального аналізу крові.
11.4.6.	Мігрень, цефалгічного синдрому, окрім зняття больового синдрому.
11.4.7.	Енцефалопатії будь-якого генезу.
11.4.8.	Дегенеративно-дистрофічні хвороби опорно-рухового апарату, в т. ч. і дорсопатії, протрузії, кили (окрім первинної діагностики (у тому числі МРТ дослідження при збереженні больового синдрому на тлі проведеного медикаментозного лікування та/або випадінні функції органів (оніміння, парези, порушення функцій тазових органів) 1 раз під час дії Договору страхування) та медикаментозного лікування для зняття гострого больового синдрому до 7 днів 1 раз на рік) та їх наслідки.
11.4.9.	Кольпіти, цервіцити, вагініти, уретрити, простатити, баланопостити будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції, збудників захворювань, що передаються переважно статевих шляхом (ЗПСШ).
11.4.10.	Неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона.
11.4.11.	Алергічні захворювання, алергічний риніт, кон'юнктивіт, анафілактичні реакції (крім надання невідкладної медичної допомоги).
11.4.12.	Супутні захворювання, що діагностуються в комплексі з основним захворюванням, відносно якого виникли скарги Застрахованої особи.
11.5.	Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
11.5.1.	Захворювання, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), незалежно від проведення комплексів карантинних заходів уповноваженими органами охорони здоров'я (за винятком ГРВІ та грипу).
11.5.2.	Професійні захворювання, згідно до переліку професійних хвороб, затвердженого нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України, відповідно до висновку уповноваженої установи.
11.5.3.	Вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, спадкові та генетичні захворювання, деформації та хромосомні порушення, захворювань та травм, отриманих під час пологів або набутих під час розвитку організму (дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (ЦНС) та інші), дитячого церебрального паралічу, розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених, порушення мови.
11.5.4.	Психічні захворювання, психопатії, порушення мови, розлади сну, астено-депресивні стани, неврози.
11.5.5.	Демієлінізуючі захворювання, в т.ч. розсіяний склероз.
11.5.6.	Епілепсія, у т.ч. посттравматична.
11.5.7.	Гельмінтози та паразитарні захворювання (крім дітей віком до 16 років).
11.5.8.	Функціональні порушення (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закріп, дискінезія жовчовивідних шляхів).
11.5.9.	Короткозорість, далекозорість, астигматизм, косоокість, синдром «сухого ока», спазм акомодатії, захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.), крім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги.

11.5.10.	Захворювання шкіри, волосся і нігтів (вугрова хвороба, демодекоз, порушення потовиділення, гіпергідроз, псоріаз, екзема, atopічний дерматит, себорея будь-якого типу(себорейний дерматит), будь-який вид алопеції, вітіліго, гіперкератози, мікози, паразитози), видалення бородавок, папілом, контагіозних моллюсків та доброякісних пухлин шкіри(ліпом, гемангіом та інше).
11.5.11.	Гепатози, гострі форми інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А). Жирова дистрофія. Цироз печінки.
11.5.12.	Вікові дегенеративно-дистрофічні зміни (пневмосклероз, атеросклероз, кардіосклероз, катаракта, астенія, глаукома) та їх наслідки.
11.5.13.	Веgeto-судинна дистонія, нейро-циркулярна дистонія, крім надання невідкладної медичної допомоги та зняття гострого болювого синдрому, курсом до 7 днів – 1 (один) раз на рік протягом дії Договору страхування.
11.5.14.	Порушення слуху, в т. ч і туговухість.
11.5.15.	Деформуючі захворювання опорно-рухового апарату (плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні/варусні деформації пальців та стоп; сколіозу, спондиліт, тощо) та їх наслідки.
11.5.16.	Наслідки застарілих (ті, що відбулися більше календарного року з дати звернення за медичною допомогою) ушкоджень опорно-рухового апарату.
11.5.17.	Подагра.
11.5.18.	Системні захворювання сполучної тканини, хронічні аутоімунні захворювання та спондилопатії, ревматоїдний артрит.
11.5.19.	Незапальні захворювання жіночих статевих органів кіста яєчника (окрім ускладнень - розрив та перекрут кісти), ерозії, дисплазії, поліпи фіброаденоматоз, фіброміома матки, аденоми будь-якої локалізації.
11.5.20.	Порушення менструального циклу (первинні та вторинні аменореї, олігоменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперполіменорея, дисменорея, клімакс та ін.).
11.5.21.	Дисфункція яєчників (надлишок естрогенів, андрогенів), Синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників.
11.5.22.	Безпліддя: чоловіче, жіноче, первинне, вторинне; порушення репродуктивної функції, еректильні дисфункції. сексуальні дисфункції.
11.5.23.	Хронічні TORCH-інфекцій, а саме токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, інфекція вірусом краснухи, герпетична інфекція. Інфекція Епштейн-Бар вірусом, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай). Папіломовірусна інфекція.
11.5.24.	Класичні венеричні захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекційні захворювання, в т.ч. уrogenітальні хламідіоз, трихомоноз, уреаплазмоз, аногенітальна герпетична інфекція, гострокінцеві кондиломи, генітальний контагіозний моллюск, уrogenітальний шигельоз, гарднерельоз.
11.5.25.	Імунодефіцити, імунодіфіцитні розлади.
11.5.26.	ВІЛ інфекції та СНІД.
11.5.27.	Хвороби, діагностика та лікування яких забезпечується державними програмами (Цукровий діабет, туберкульоз, Бронхіальна астма).
11.5.28.	Новоутворення будь-якої локалізації (доброякісні, злоякісні).
11.5.29.	Дегенеративні захворювання нервової системи (а також хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлія.
11.5.30.	Хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба нижніх кінцівок, геморой, варикоцеле (крім надання невідкладної медичної та стаціонарної допомоги при

	гострому тромбофлебіті, флеботромбозі, тромбозі гемороїдальних вен, гострому тромбозі та гемороїдальній кровотечі), облітеруючий ендартерейт, атеросклероз.
11.5.31.	Саркоїдоз.
11.5.32.	Ревматизм.
11.5.33.	Туговухість.
11.5.34.	Хронічна ниркова недостатність.
11.5.35.	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз).
11.5.36.	Захворювань, що потребують довготривалої чи постійної терапії (крім стадії загострення, строком не більше 30 днів з дати початку лікування).
11.5.37.	стійких наслідків перенесених травм, операцій та захворювань.
11.5.38.	Ендометріоз, гіперплазія ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія.
11.5.39.	Захворювань, які є причиною встановлення інвалідності, та їх ускладнень.
11.5.40.	Мастопатія, мастодінія, гіпертрофія молочних залоз (гінекомастія тощо), окрім первинної та повторної консультацій лікаря-мамолога та 1(одного) УЗД молочних залоз чи мамографії в період дії Договору страхування.
11.6.	Страховик не забезпечує організацію надання та оплати наступних діагностичних обстежень:
11.6.1.	Генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів.
11.6.2.	Алергоскринінг, алергологічні панелі, алергопроби.
11.6.3.	Серологічна діагностика інвазивних хвороб шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямбліоз, аскаридоз, токсокароз та ін.).
11.6.4.	Визначення гормонального стану.
11.6.5.	Дослідження на ліпідограму, крім випадків гострого інфаркту міокарду.
11.6.6.	Діагностичні та лабораторні обстеження, що не впливають на тактику лікування
11.6.7.	Онкоскринінг (в т.ч і ПАП-тест, визначення ПСА та ін.).
11.6.8.	Біохімічні обстеження крові (АЛТ, АСТ, ГГТ), кал на дисбактеріоз.
11.6.9.	Іммунограма.
11.6.10.	ПЛР, цито-тест на COVID-19 за виключенням важкого перебігу та стаціонарного лікування з приводу коронавірусної інфекції.
11.6.11.	Промивання лакун мигдаликів, промивання пазух за Проїцем, видалення сірчаних корків (пробок).
11.6.12.	Обстеження перед стаціонарним лікуванням (скринінгове дослідження на сифіліс, вірусні гепатити, ВІЛ-інфекцію).
11.7.	Страховик не забезпечує організацію надання та оплати наступних медичних послуг, лікувальних маніпуляцій та медикаментозного лікування:
11.7.1.	вироби медичного призначення, в тому числі медичні пристрої, призначені з метою заміни та/або корегування функції уражених органів (трансплантати, протези, ортези, імплантати, ендопротези, стенти, електроди, ріжучі петлі, лінзи тверді та м'які, пролінові сітки тощо), інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (тонометри, термометри, глюкометри), медичне устаткування (набори для анестезії, емболізації, деартерилізації, артроскопічні, лапароскопічні набори, витратні матеріали, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо).
	Дане обмеження не поширюється на:
	- витратні матеріали, які необхідні для оперативних втручань: стерильні пов'язки, покриття операційного поля, перев'язувальний матеріал, шовний матеріал, леза для скальпеля, пластир;
	- еластичні бинти, гіпсові пов'язки, (в тому числі типу скотч-каст та подібні);
	- засоби для проведення ін'єкцій: системи для крапельниць, внутрішньовенні канюлі, шприци.

11.7.2.	медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (милиці, коляски, пелюшки, підгузки, медичні халати, маски, бахіли, комір Шанца тощо), їх ремонт або прокат.
11.7.3.	Препарати що входять до схеми лікування, але не мають прямої патогенетичної дії на основне захворювання
11.7.4.	Медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані в Україні у встановленому законодавством порядку як лікарські засоби.
11.7.5.	Ферментна, гормональна (крім одного курсу протизапальної терапії та крім невідкладних станів в межах екстренної допомоги), анти гормональна терапія (в т.ч. використання інсулінів) та інша замісна терапія, лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень.
11.7.6.	Антинеопластичні засоби.
11.7.7.	Засоби, що застосовуються при деменції.
11.7.8.	Антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування в амбулаторних умовах (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин, дабігатрат етексілат («продакса»), ксарелто (ривароксабан) та інші.
11.7.9.	Аналоги гонадотропін-рилізінг гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо).
11.7.10.	Імуностимулятори.
11.7.11.	Кислота урсодезоксихолева.
11.7.12.	Біологічно активні та харчові добавки, стимулятори загальної дії, загальнозміцнюючі засоби, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, препарати оподатковувані ПДВ за основною ставкою.
11.7.13.	Пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги, вакцинація (терапевтична та профілактична, окрім антирабічної та вакцинації проти правцю), імуномодулятори.
11.7.14.	Ензими загальної дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, серрата тощо).
11.7.15.	Гомеопатичні, антигомотоксичні препарати, крім одного курсу лікування.
11.7.16.	Сольові розчини для зрошування слизових оболонок закордонного виробництва, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби.
11.7.17.	Препарати з цитопротекторною дією.
11.7.18.	Гепатопротектори.
11.7.19.	Хондропротектори (глюкозамін і хондроїтин сульфат).
11.7.20.	Бісфосфонати та інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату та впливають на структуру і мінералізацію кісток.
11.7.21.	Кардіопротектори.
11.7.22.	Ангіопротектори.
11.7.23.	Препарати, які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів, сечових конкрементів, крім випадків призначення таких препаратів після проведеного оперативного втручання в період дії Договору страхування.
11.7.24.	Лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси, з антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини тощо).
11.7.25.	Препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла.
11.7.26.	Гіполіпідемічні препарати.
11.7.27.	Психотропні, психостимулюючі, снодійні та заспокійливі засоби, в т.ч., які мають додаткову лікувальну дію (наприклад, спазмолітичну).
11.7.28.	Два і більше аналогічних лікарських засоби, 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.

11.7.29.	Лікарські засоби, у кількості, що перевищує необхідну для курсу лікування по конкретній нозологічній одиниці.
11.7.30.	Парентеральне харчування, окрім випадків перебування в відділенні реанімації та інтенсивної терапії.
11.8.	Не допускається використання Договору страхування особою, яка не є Застрахованою особою, з метою отримання медичних послуг.
11.9.	За Договором страхування не відшкодовуються будь-які випадки заподіяння непрямих збитків, зокрема, послуги перекладача, моральна шкода, неустойка (штраф, пеня), упущена вигода, витрати, не передбачені Договором страхування тощо, а також витрати на отримання документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.
11.10.	Підставою для відмови Застрахованій особі Страховиком та/або Асистансом в організації медичних послуг (крім випадків невідкладної допомоги) є спілкування Застрахованої особи зі Страховиком та/або Асистансом з використанням ненормативної лексики або спілкування в форматі, що ображає та принижує гідність людини, про що є відповідний запис телефонної розмови.

Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування можуть бути погоджені умови виключень зі страхового покриття та обмежень у страхуванні інші, ніж вказані у даному пункті.

13. Порядок вирішення спорів

13.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

13.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо, можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.

13.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа передається на розгляд у відповідний суд, згідно чинного законодавства України.

13.4. Позов за вимогами, пов'язаними із Договором страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

14. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

14.1. Про настання події, яка має ознаки страхового випадку, необхідно повідомити Страховика, зателефонувавши за номером: 0 (44) 507 07 09.

15. Інші умови

15.1. Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, не є Стандартним страховим продуктом.

15.2. Даний страховий продукт за правовою природою та типом страхових продуктів є продуктом з індивідуальними умовами, розробленими для Страхувальників з врахуванням їх потреб у страхуванні, який пропонується Страховиком орієнтуючись на гнучкість індивідуальних умов та сервісів з індивідуальним андеррайтинговим котируванням.

15.3. Страховик не пропонує цей страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром (або послугою), що не є страховим.

15.4. Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

15.5. Загальні умови страхового продукту є основою для укладення Договору страхування (його складовою частиною), враховуючи потреби клієнта в страхуванні з урахуванням складності продукту, особливостей та специфіки.

15.6. Договором страхування можуть бути передбачені індивідуальні умови, розроблені за запитом та узгоджені із Страхувальниками з врахуванням їх потреб у страхуванні.

15.7. Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття (включаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. При застосуванні уточнень (конкретизацій) умови Договору страхування можуть містити відповідні застереження про такі індивідуальні уточнення.

15.8. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Нові Договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

15.9. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування складає від **20%** до **30%**.

15.10. Сторони залишають за собою право призупиняти взаємні обов'язки за Договорами страхування, укладеним на підставі цих Загальних умов страхового продукту, у випадку введення надзвичайного стану та інших ситуаціях, оголошених у встановленому порядку, а також у випадку виникнення непереборних сил, діям яких неможливо запобігти або уникнути, на період виникнення цих обставин.

15.11. Порядок розгляду звернень споживачів до Страховика, а також інформацію про захист прав споживачів, в тому числі уповноважені державні органи, до яких відповідно до законодавства України споживач має право подати звернення з питань захисту прав споживачів фінансових послуг розміщені на сайті Страховика за посиланням: https://taslife.com.ua/important_info/zahystspozuvachiv.

15.12. Інформація про черговість задоволення вимог споживачів за Договорами страхування, які можуть виникнути в разі визнання Страховика банкрутом, відповідно до частини дев'ятої статті 92 Кодексу України з процедур банкрутства розміщена на сайті Страховика за посиланням: <https://taslife.com.ua/vazhliva-informaciya>.