

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Президент АСК „Омега”



Тарасенко С.В.

Наказ № 54-ОД від «30» березня 2009 року
М.П.



омега

акціонерна страхова компанія

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)**

м. Київ 2009 р.

З М І С Т

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	6
3. СУБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ.....	6
4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	7
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ.....	7
6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.....	7
7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ.....	10
8. СТРАХОВА ПРЕМІЯ.....	10
9. ФРАНШИЗА.....	10
10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	10
11. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	11
12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	11
13. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ТА/АБО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	13
14. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	13
15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	14
16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.....	15
17. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	16
19. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	16
20. СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	17
21. ДОДАТОК № 1. ПЕРЕЛІК БАЗОВИХ ПРОГРАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	18
22. ДОДАТОК № 2. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	41

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ

Кожен термін, що визначається в цьому розділі Правил, має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті Правил з великої літери.

1.1. Амбулаторія.

Лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ), призначений для надання Пацієнту Амбулаторної медичної допомоги (послуг).

1.2. Амбулаторна медична допомога (послуга).

Організована та регулярна Медична допомога (послуга), що надається Пацієнту, який самостійно приходить до ЛПЗ та перебуває там протягом строку, який не перевищує 24 годин. Даний строк не охоплює надання Медичної допомоги (послуг) вдома (див. Домашній стаціонар).

1.3. Аптека.

Заклад, що проводить роздрібний або оптовий продаж Лікарських засобів та має всі відповідні документи для здійснення такої діяльності.

1.4. Асистуюча компанія.

Юридична особа, якій Страховик доручає координацію, організацію та/або безпосереднє надання Медичної допомоги (Парамедичних послуг) Застрахованій особі.

1.5. Базова програма медичного страхування.

Програма, згідно з якою Застрахованій особі надається та оплачується комплекс взаємопов'язаних Медичної допомоги та/або послуг, які обираються Страхувальником при укладенні Договору.

1.6. Гостре захворювання.

Захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я, та причини якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я, що існував до моменту Захворювання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує 6 місяців.

1.7. Денний стаціонар.

Лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання Пацієнту Медичної допомоги (послуг), які потребують безпосередньої участі або контролю з боку Медичного персоналу та в яких Пацієнт не залишається на ніч.

1.8. Договір страхування.

Письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхову премію у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

1.9. Домашній стаціонар.

Форма організації Медичної допомоги (послуг), за якою Пацієнт отримує Медичну допомогу (послуги) у себе вдома із залученням Медичного персоналу, що періодично відвідує Пацієнта, якщо за станом здоров'я Пацієнта не протипоказаний такий спосіб надання Медичної допомоги (послуг).

1.10. Загострення хронічного захворювання.

Посилення патологічних проявів Захворювання (без виникнення нового Захворювання), яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої Медичної допомоги (послуг).

1.11. Застрахована особа.

Фізична особа, про страхування якої (за її згодою) Страхувальником укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.12. Захворювання.

Погіршення фізичного та/або психічного стану, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої Медичної допомоги (послуг). Захворювання є одним із можливих варіантів стану здоров'я.

1.13. Клініка (Стаціонар)

Лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання Медичної допомоги (послуг) Пацієнту, який постійно перебуває в ЛПЗ протягом призначеного Лікарем курсу лікування.

1.14. Лікар.

Особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).

1.15. Лікарські засоби.

Фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни, протези та імпланти, призначені Лікарем для надання Медичної допомоги (послуг), використання яких дозволено державою на території дії Договору страхування.

1.16. ЛПЗ (Лікувально-профілактичний заклад).

Медичний заклад, що, за законодавством України, має право надавати консультаційну, діагностичну, лікувальну, профілактичну та реабілітаційну медичну допомогу (послуги), виключаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторно-курортних послуг та послуг опікування.

1.17. Медична евакуація.

Термінове транспортування Пацієнта із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі Медичного персоналу до ЛПЗ, де може надаватися кваліфікована Медична допомога (послуги), якщо необхідність такого транспортування обумовлена станом здоров'я Пацієнта.

1.18. Медична допомога (послуга).

Дія, спрямована на діагностику, лікування, профілактику Захворювання або медичну реабілітацію Пацієнта із залученням Медичного персоналу ЛПЗ або Страховика (Асистуючої компанії). Поняття Медичної допомоги (послуги) включає в себе:

- огляд та консультацію Лікаря або Медичної сестри;
- проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- готельні послуги при перебуванні в ЛПЗ (харчування, вартість утримання одного ліжка, тощо);
- використання медичного транспорту.

1.19. Медична сестра.

Особа із закінченою середньою медичною освітою, яка отримала установлені державою документи на право роботи медичною сестрою (Диплом про середню медичну освіту).

1.20. Медичний персонал.

Колектив Лікарів та Медичних сестер, призначений адміністрацією ЛПЗ або Страховика (Асистуючої компанії) для надання Медичної допомоги (послуг) Пацієнту.

1.21. МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го видання).

Міжнародна статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті 10-го видання.

1.22. Невідкладна медична допомога.

Надання Медичної допомоги (послуг) при настанні нещасного випадку або раптовому погіршенні стану здоров'я Застрахованої особи з виїздом до неї спеціалізованої бригади, до складу якої входить Лікар та/або Медична сестра.

1.23. Невідкладна стоматологічна допомога.

Надання Медичної допомоги (послуг) при раптовому Захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

1.24. Парамедична послуга.

Дія, спрямована на покращення сервісного обслуговування Пацієнта під час надання йому Медичної допомоги (послуг).

1.25. Пацієнт.

Конкретна Застрахована особа, якій надається медична допомога у відповідності з Програмою медичного страхування та в період дії Договору страхування.

1.26. Період відстрочки.

Інтервал часу від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися із Застрахованою особою. Тривалість періоду відстрочки вказується в Договорі страхування, але не може перевищувати трьох місяців.

1.27. Планова стоматологічна допомога.

Надання Медичної допомоги (послуг), спрямованої на попередження розвитку або прогресування Захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо).

1.28. Уповноважений лікар.

Лікар високої кваліфікації, призначений Страховиком (Асистуючою компанією) для обслуговування Застрахованих осіб, який отримав встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).

1.29. Сімейний лікар.

Лікар високої кваліфікації, призначений Страховиком (Асистуючою компанією) для обслуговування наперед визначеного кола Застрахованих осіб, який отримав встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).

1.30. Довірений лікар.

Лікар високої кваліфікації, призначений Страховиком (Асистуючою компанією) для контролю об'єму діагностичних обстежень і лікарських призначень Уповноваженими лікарями та лікарями-спеціалістами.

1.31. Служба медичного догляду.

Форма організації Медичної допомоги (послуг), за якою Медичний персонал безперервно доглядає Пацієнта поза межами ЛПЗ на протязі певного часу за індивідуальною програмою, виконує всі призначення Лікаря та забезпечує дотримання необхідних санітарно-гігієнічних та побутових умов для Пацієнта.

1.32. Стан здоров'я.

Характеристика фізичного та/або психічного стану Застрахованої особи, яку офіційно дає Лікар, та яка підтверджується первинною та/або вторинною медичною документацією.

1.33. Стаціонарна медична допомога (послуга).

Медична допомога (послуга), що надається Пацієнту в Клініці протягом терміну, який перевищує 24 години.

1.34. Страхова виплата.

Грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

1.35. Страховий платіж (Страхова премія).

Плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.36. Страхова сума

Грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні Страхового випадку.

1.37. Страховий акт.

Документ, що складається Страховиком або уповноваженою ним особою для підтвердження кожного факту настання Страхового випадку і є підставою для здійснення Страхової виплати.

1.38. Страховий випадок.

Подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.

Страховим випадком за цими Правилами визнається звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування в лікувально-профілактичний заклад з переліку таких закладів, передбаченому Договором страхування, при погіршенні Медичного стану, внаслідок якого має місце тимчасова втрата працездатності (якщо інше не передбачене Договором страхування) і отримання при цьому Медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування, яка є невід'ємною частиною Договору страхування.

1.39. Страховий поліс.

Форма Договору страхування, що укладається між Страховиком і Страхувальником.

Невід'ємною частиною Страхового поліса є копія Правил страхування або витяг із Правил страхування.

1.40. Страховий тариф.

Ставка Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

Страховий тариф визначається у відсотках до Страхової суми.

1.41. Страховик.

Закрите акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія «Омега».

1.42. Страхувальник.

Юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із страховиком договір страхування.

1.43. Ліміт відповідальності.

Обмеження відповідальності Страховика по одному з ризиків переліку захворювань згідно МКХ-10 (міжнародної класифікації хвороб 10-го видання), або умов лікування, або їхньої сукупності. Ліміт відповідальності може бути колективним або індивідуальним. Колективний ліміт обмежує суму відповідальності Страховика по всіх Застрахованих, які підпадають під дію ліміту. Індивідуальний ліміт обмежує відповідальність Страховика індивідуально для кожного Застрахованого, що підпадає під дію ліміту. Ліміт може виражатися у грошових одиницях (грошовий ліміт) або в кількості послуг або в інших обмеженнях (квотний ліміт). У першому випадку обмежується грошове значення виплат Страховика, у другому - кількість послуг, оплачуваних Страховиком по даному ліміту.

1.44. Сума витрат на медичну допомогу (послуги).

Вартість надання Медичної допомоги (послуг), яку Страховик сплачує відповідним лікувально-профілактичним закладам (ЛПЗ), і додаткової частини на придбання лікарських засобів, необхідних для Застрахованих осіб за медичними показаннями, в тому числі тимчасово відсутніх у даному ЛПЗ.

1.45. Строк страхування.

Строк, встановлений в Договорі страхування, за який Страхувальник сплачує Страхову премію, а Страховик несе відповідальність у разі настання Страхового випадку здійснити Страхову виплату згідно умов Договору страхування.

1.46. Ускладнення захворювання.

Новий стан здоров'я або нове Захворювання, для яких доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є Захворювання, що вже існувало.

1.47. Фаза ремісії.

Період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок надання Медичної допомоги (послуг), для якого характерно стихання патологічних проявів Захворювання, покращення якості життя Пацієнта та відсутність безпосередньої загрози для працездатності та життя Пацієнта.

1.48. Франшиза (безумовна).

Частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування.

1.49. Хронічне захворювання.

Захворювання, тривалість якого перевищує 6 місяців від моменту ймовірного початку Захворювання. Хронічні захворювання розподіляються на зворотні та незворотні.

1.50. Погодження на страхування.

Згода фізичної особи на її страхування Страхувальником, що посвідчується її підписом у Договорі страхування або у списку Застрахованих осіб.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила розроблені Закритим акціонерним товариством Акціонерною страховою компанією «Омега» (надалі – «Страховик») на підставі Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів, що діють на території України.

2.2. На підставі цих Правил Страховик укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – «Страхувальники»).

3. СУБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ

3.1. Суб'єктами страхування є:

- Страховик – Закрите акціонерне товариство Акціонерна страхова компанія "Омега";
- Страхувальник – юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договір страхування;
- Застраховані особи – дієздатні фізичні особи, про страхування яких Страхувальником укладено Договір страхування, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – "Договір страхування"). Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою, відповідно до цих Правил;
- Асистуюча компанія – юридична особа, якій Страховик доручає координацію, організацію та/або безпосереднє надання Медичної допомоги (Парамедичних послуг) Застрахованій особі;
- інші юридичні або фізичні особи, що надають Медичну допомогу/Парамедичні послуги Застрахованим особам згідно з Програмами медичного страхування (ЛПЗ, Аптеки, приватні Лікарі).

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Предметом Договору страхування згідно з даними Правилами є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям та здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. Страховим ризиком за даними Правилами є певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

5.2. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є наступні події:

5.2.1. захворювання Застрахованої особи;

5.2.2. інші погіршення стану здоров'я Застрахованої особи.

5.3. Страховим випадком вважається отримання Застрахованою особою при гострому захворюванні, загостренні чи ускладненні хронічної хвороби, а також погіршенні стану здоров'я, яке може призвести до довготривалої або стійкої втраті працездатності, Медичної допомоги (послуг) згідно з обраними Програмами медичного страхування (Додаток №1) під час Строку та у Місці дії Договору страхування.

5.4. Страховим випадком в цих Правилах визнається звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування в лікувально-профілактичний заклад з переліку таких закладів, передбаченому Договором страхування, при погіршенні стану здоров'я, внаслідок якого має місце тимчасова втрата працездатності (якщо інше не передбачене Договором страхування) і отримання при цьому Медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування, яка є невід'ємною частиною Договору страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

6.1. Випадки, які не визнаються Страховими та за якими не здійснюється Страхова виплата (загальні виключення), наведено в Таблиці 1 цих Правил.

6.2. Окремі Програми медичного страхування можуть передбачати здійснення Страхової виплати по випадках, що вказані в Таблиці 1 цих Правил.

6.3. В кожній Програмі медичного страхування наводиться перелік виключень, дійсних для даної Програми.

6.4. В Договорі страхування можуть бути індивідуальні додаткові виключення, пов'язані з існуючим захворюванням або з обмеженням страхового покриття.

Таблиця 1. Випадки, які не визнаються Страховими, та за якими не здійснюється Страхова виплата, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Отримання Медичної допомоги (послуг) при існуванні чи виникненні наступних станів здоров'я:

1. Будь-яке Захворювання або його наслідки, що були діагностовані у Застрахованій особі до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Застрахована особа не повідомила або навмисно спотворила у Заяві на страхування.
2. Будь-яке Захворювання не передбачене Програмою медичного страхування.
3. Хронічне захворювання будь-якого типу в Фазі ремісії, що було діагностовано до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
4. Гостре захворювання та/або Загострення хронічного захворювання та/або Ускладнення захворювання, що виникло до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
5. Стани здоров'я, що стали наслідком самолікування, або лікування у ЛПЗ та/або окремих Лікарів всупереч рекомендаціям Страховика (Асистуючої компанії) або лікуючого лікаря.
6. Стани здоров'я, що виникли поза обумовленого в Страховому полісі місця дії Договору страхування.
7. Стани здоров'я, які є наслідками вживання наркотичних/токсичних речовин або алкоголю.
8. Стани здоров'я, які виникли внаслідок роботи Застрахованої особи у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння з механізмами в побуті та/або на виробництві.
9. Психічні захворювання (МКХ-10; клас V, коди діагнозів F00-F99).
10. Вроджені вади та захворювання (МКХ-10; клас XVII, коди діагнозів Q00-Q99).
11. Стани здоров'я, викликані свідомим спричиненням собі шкоди (МКХ-10; клас XIX, коди діагнозів X60-X84), в тому числі спроби самогубства, відмовою від лікування, недотриманням призначень Медичного персоналу або лікувального режиму.
12. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом (МКХ-10; клас I, коди діагнозів A50-A64), якщо інше не передбачено Договором страхування.
13. ВІЛ-інфікування, СНІД та стани здоров'я, пов'язані із ВІЛ-інфікуванням (МКХ-10; клас I, коди діагнозів B20-A24).
14. Вагітність та стани здоров'я, пов'язані із вагітністю (МКХ-10; клас XV, коди діагнозів O00-O99), якщо інше не передбачено Договором страхування.
15. Чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи по регулюванню народжуваності.
16. Стан здоров'я, що виник під час проходження служби в Збройних Силах України чи інших держав, а також внаслідок роботи в правоохоронних структурах, у воєнізованій пожежній охороні, воєнізованій охороні (ВОХР) чи в охороні комерційних структур, якщо інше не передбачено Договором страхування.
17. Стан здоров'я, що став наслідком війни або участі у військових діях, військового вторгнення, дій іноземних ворогів (незалежно від того, була оголошена війна чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту або воєнної чи узурпаційної влади, повстання, порушення громадського порядку, страйку, військового стану або стану облоги, спроби повалення уряду, будь-якого терористичного акту, крім випадків, коли Застраховану особу визнано жертвою, при вчиненні (або спробі вчинення) злочину.
18. Захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища, якщо інше не передбачено Договором страхування.
19. Стан здоров'я, що став наслідком польотів у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа знаходилася в якості пасажирів в цивільному авіатранспорті, власник якого мав ліцензію на пасажирські перевезення, якщо інше не передбачено Договором страхування.
20. Стан здоров'я, що виник при вчиненні Застрахованою особою протиправних дій.
Отримання наступної Медичної допомоги (Парамедичних послуг):

21. Медична допомога (послуги), отримана без погодження із Страховиком (Асистуючою компанією), у разі невиконання вимог пп. 13.3 та 14.2 цих Правил.
22. Медична допомога (послуги) не передбачена Програмою медичного страхування.
23. Проведення косметичних та естетичних оперативних втручань, якщо цього не вимагає стан здоров'я Застрахованої особи.
24. Медична реабілітація, що продовжується після 20-го дня від початку реабілітаційного курсу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
25. Використання методів нетрадиційної медицини (фітотерапія, гомеопатія, акупунктура, гідропроцедури, діагностика та лікування по Фолло/Накатані, мікрохвильова/інформаційна терапія, еферентні методи, гіпноз тощо) , якщо інше не передбачено Договором страхування.
26. Забезпечення індивідуального дієтичного/посиленого харчування при перебуванні в ЛПЗ, якщо інше не передбачено Договором страхування.
27. Забезпечення поліпшених побутових умов перебування у Клініці (одномісна палата, телевізор, холодильник, кондиціонер, телефон, окремий санвузол тощо), якщо інше не передбачено Договором страхування.
28. Санаторно-курортне лікування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
Окремі випадки, при настанні яких Страховик не організовує і не оплачує вартість наданої Застрахованій особі Медичної допомоги у зв'язку з:
29. Хронічними захворюваннями в стадії декомпенсації, в тому числі хронічними алергічними захворюваннями, крім станів здоров'я, які загрожують життю.
30. Саркоїдозом і муковісцидозом, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку.
31. Захворюванням крові та кровотворних органів.
32. Системним захворюванням сполучних тканин.
33. Хронічною нирковою недостатністю, яка потребує проведення гемодіалізу.
34. Хронічним гепатитом, цирозом печінки.
35. Псоріазом, нейродермітом, екземою.
36. Глибоким мікозом шкіри і внутрішніх органів.
37. Професійними захворюваннями.
38. Цукровим діабетом (в якості як основного так і супутнього захворювання), якщо інше не передбачено Договором страхування.
39. Легеневими і позалегеновими формами туберкульозу.
40. Злоякісними онкологічними захворюваннями.
41. Стоматологічним протезуванням, пародонтозом, гінгівітом, якщо інше не передбачено Договором страхування.
42. Штучним перериванням вагітності (крім переривання вагітності по медичним показанням).
43. Плановими хірургічними операціями ока, корекцією близорукості, дальnozоркості або астигматизму, лікуванням катаракти, якщо інше не передбачено Договором страхування.
44. Медичним обстеженням, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи діагностику (медкомісія водіїв, допризовників і призовників, для отримання дозволу на носіння зброї і т.п.).
45. Лікування, яке не призначено Лікарем, лікуванням, Послугами або товарами, які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання.
46. Необґрунтованою госпіталізацією Страхувальника (Застрахованого) в Стаціонар, крім випадків, пов'язаних з труднощами в установленні клінічного діагнозу.
47. Корекцією ваги або хірургічним лікуванням ожиріння.
48. Використанням будь-яких медикаментів або наркотиків без призначення Лікаря.
49. Використанням і підбором коригуючих медичних пристроїв (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів і т.п.), протезуванням, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

- 7.1.** Максимальний розмір Страхової суми щодо Застрахованої особи встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.
- 7.2.** Загальна сума Страхових виплат щодо Застрахованої особи за Страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування щодо цієї Застрахованої особи.
- 7.3.** Якщо Страхувальник не повністю сплатив Страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці Страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.4.** В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір Страхової суми у порядку, передбаченому Договором страхування.
- 7.5.** При збільшенні Страхової суми величина доплати Страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:
- 7.5.1.** $D = (P2 - P1) \times K$ (1)
- 7.5.2.** де: **P1**, **P2** - Страхові премії по первісній та кінцевій Страхових сумах відповідно;
- 7.5.3.** **K** - коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з Додатком № 2 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.
- 7.6.** Загальна сума Страхових виплат може бути обмежена лімітом відповідальності за нозологічними формами захворювання (умовами лікування), встановленим у Договорі страхування (страховому полісі) по кожній Програмі медичного страхування.
- 7.7.** Перелік та короткий зміст Базових Програм Медичного страхування наведено у Додатку № 1 до цих Правил.

8. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

- 8.1.** Розмір Страхової премії для кожної Програми медичного страхування обчислюється шляхом множення Страхової суми на величину Страхового тарифу, визначеного відповідно до п. 20 цих Правил.
- 8.2.** Страхова премія на кожному Застраховану особу визначається для кожної Програми медичного страхування окремо.
- 8.3.** Сплата Страхувальником Страхової премії може здійснюватися частинами:
- щомісяця, шляхом сплати 1/12 частини річної Страхової премії;
 - щоквартально, шляхом сплати 1/4 частини річної Страхової премії,
 - одноразово, шляхом сплати всієї визначеної в Договорі страхування Страхової премії.
- 8.4.** Порядок і строки сплати Страхової премії визначаються Договором страхування.

9. ФРАНШИЗА

- 9.1.** Страховик, за згодою Страхувальника, може встановити безумовну франшизу для окремих випадків або для кожної Програми медичного страхування в розмірі, визначеному Договором страхування.

10. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 10.1.** Бажаний Строк дії Договору страхування вказується Страхувальником у Заяві на страхування та остаточно визначається в Договорі страхування за згодою обох Сторін.
- 10.2.** Строк дії Договору страхування може бути продовжено за взаємною згодою Сторін.
- 10.3.** Про намір продовжити термін дії Договору страхування Страхувальник повинен повідомити Страховика за 30 календарних днів до закінчення Строку його дії.
- 10.4.** Страховиком можуть встановлюватись обмеження по території дії Договору страхування, за віком - для Застрахованої особи та інші обмеження, зазначені у Договорі страхування.
- 10.5.** Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 11.1.** Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, та надає у письмовому вигляді інформацію про Медичний стан кожної особи, зазначеної в заяві на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.
- 11.2.** Всі особи, зазначені в заяві Страхувальника, заповнюють Заяву на медичне страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 11.3.** Для недієздатних та/або обмежено дієздатних осіб надають Погодження на страхування і заповнюють Заяву на страхування їхні законні представники.
- 11.4.** Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 11.5.** У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:
- 11.5.1.** при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати Страхової премії;
- 11.5.2.** при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження суми Страхової премії на поточний рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, якщо це обумовлено Договором страхування.
- 11.6.** Факт укладання Договору страхування може також посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 11.7.** Після сплати Страхової премії Страховику, Страховик передає Страхувальнику додатково до Договору страхування на кожну Застраховану особу сервісні медичні картки, за якими буде здійснюватися організація надання Медичної допомоги (послуг) Застрахованим особам.
- 11.8.** Договір страхування діє до 24:00 години дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку його дії, якщо інші обставини (див. Розділ 17 цих Правил) не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування. Якщо у Застрахованої особи виникло Гостре захворювання, Загострення чи Ускладнення хронічного захворювання під час Строку дії Договору страхування та продовжується після закінчення Строку його дії, Страховик продовжує виконувати всі свої зобов'язання (в межах Страхової суми) щодо Застрахованої особи до повного її одужання або переходу Захворювання в Фазу ремісії.

12. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

- 12.1. Страхувальник має право:**
- 12.1.1.** У разі настання страхового випадку, якщо страхувальник є застрахованою особою, отримати страхову суму (її частину) шляхом оплати страховиком вартості отриманої медичної допомоги та медичних послуг згідно з умовами Договору страхування.
- 12.1.2.** Достроково припинити дію договору страхування.
- 12.1.3.** За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору страхування, про що укладається додаткова угода до діючого договору страхування.
- 12.1.4.** Вимагати виконання Страховиком умов договору страхування.
- 12.1.5.** На отримання дублікату Договору страхування, у разі втрати оригіналу.
- 12.2. Права Застрахованої особи.**
- 12.2.1.** Вимагати надання кваліфікованої Медичної допомоги (послуг) відповідно до умов Програми медичного страхування.
- 12.2.2.** Повідомити Страховика про випадки не надання Медичної допомоги (послуг), неповного або некваліфікованого надання таких Послуг.
- 12.3. Страховик має право:**
- 12.3.1.** Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до п.п.17.2., 17.4. цих Правил, закону, Договору.
- 12.3.2.** Змінити умови Договору страхування із дотриманням умов п. 19.3. цих Правил.
- 12.3.3.** Вимагати від Страхувальника виконання умов Договору страхування.
- 12.3.4.** Перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію.

- 12.3.5.** Отримувати будь-яку інформацію медичного характеру про Застраховану особу від будь-якого Лікаря чи ЛПЗ та право на медичне обстеження Застрахованої особи.
- 12.3.6.** Відмовити Страхувальнику у здійсненні Страхової виплати згідно із умовами Розділу 16 цих Правил.
- 12.3.7.** Достроково припинити дію Договору страхування у разі передачі Застрахованою особою сервісної медичної картки іншим особам з метою отримання ними Медичної допомоги (послуг). При колективному договорі Договір страхування припиняється лише щодо вказаної Застрахованої особи.
- 12.3.8.** При наявності сумнівів у підставах для виплати відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати до отримання підтвердження цих підстав на строк, що не перевищує 3 (трьох) місяців.
- 12.4. Страховик зобов'язаний:**
- 12.4.1.** Дотримуватися умов Договору страхування.
- 12.4.2.** Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.
- 12.4.3.** Видати Страхувальнику на кожну Застраховану особу, що вказана в Договорі страхування сервісні медичні картки.
- 12.4.4.** Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми.
- 12.4.5.** При настанні Страхового випадку на основі Страхового акту та заяви Страхувальника/Застрахованої особи (її законних представників), здійснити Страхову виплату або відмовити у ній протягом обумовленого в Договорі страхування строку. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.
- 12.4.6.** В разі втрати Застрахованою особою сервісної медичної картки протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, забезпечити виготовлення та видачу дублікату втраченого документу.
- 12.4.7.** Забезпечувати конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли надання такої інформації пов'язане з необхідністю надання Медичної допомоги (послуг).
- 12.4.8.** Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище крім випадків, встановлених законом
- 12.5. Страхувальник зобов'язаний:**
- 12.5.1.** Дотримуватися умов Договору страхування.
- 12.5.2.** Забезпечити надання Страховику інформації згідно з п.11.1. цих Правил.
- 12.5.3.** Забезпечити отримання кожною Застрахованою особою Договору страхування або сервісної медичної картки, наданій Страховиком.
- 12.5.4.** Ознайомити кожну Застраховану особу з умовами Договору страхування.
- 12.5.5.** При укладанні Договору страхування надати Страховику письмову інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.
- 12.5.6.** Під час Строку дії Договору страхування в письмовій формі інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом строку, вказаного в Договорі страхування, відколи йому стали відомі такі обставини.
- 12.5.7.** Своєчасно та в повному обсязі сплачувати Страхову премію, обумовлену у Договорі страхування.
- 12.5.8.** Вживати заходів щодо попередження виникнення професійних Захворювань у Застрахованих осіб.
- 12.5.9.** Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього предмету Договору.
- 12.5.10.** Повідомляти Страховика про настання Страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування.
- 12.5.11.** Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати

передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.

12.6. Договором страхування можуть бути передбачені наступні обов'язки Застрахованої особи:

12.6.1. В письмовій формі повідомляти Страховика при укладенні Договору страхування та протягом дії Договору страхування про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

12.6.2. Під час дії Договору страхування в письмовій формі інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом строку, вказаного в Договорі страхування, відколи йому стали відомі такі обставини.

12.6.3. Надійно зберігати сервісну медичну картку і не передавати її іншим особам з метою отримання ними Медичної допомоги (послуг).

12.6.4. При втраті сервісної медичної картки протягом строку, обумовленого в Договорі страхування, повідомити про це Страховика і подати заяву про відновлення втраченого документу.

12.6.5. При отриманні Медичної допомоги (послуг) сумлінно виконувати всі призначення Медичного персоналу та координатора Страховика (Асистуючої компанії).

12.6.6. Відшкодувати Страховику (Асистуючій компанії) вартість отриманих Медичних та Парамедичних послуг, які були нею надані у випадках, які згідно умов Договору страхування не визнаються страховими.

12.6.7. При зміні адреси, контактних телефонів та місця роботи повідомити про це Страховика.

12.6.8. Якщо Застрахована особа є недієздатною та/або обмежено дієздатною, її обов'язки виконують її законні представники.

**13. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ТА/АБО ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ
ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

13.1. При гострому захворюванні або загостренні чи ускладненні хронічної хвороби Страхувальник або Застрахована особа для отримання Медичної допомоги (послуг) повинна звернутися до координатора Страховика (Асистуючої компанії) за телефонним номером, вказаним у Договорі страхування або на сервісній медичній картці. При неможливості виконати цю вимогу Застрахована особа повинна дотримуватись умов, передбачених п. 13.3 цих Правил.

13.2. Координатор Страховика (Асистуючої компанії) залучає до роботи з надання та координації Медичної допомоги та/або Парамедичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює повноту, своєчасність, якість та адресність надання цих послуг.

13.3. Якщо у Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості повідомити Страховика (Асистуючу компанію), і без її відома розпочато надання Медичної допомоги (послуг), Застрахована особа або її законні представники, зобов'язані повідомити про це Страховика (Асистуючу компанію) протягом перших 24 годин з моменту, коли було розпочато надання Медичної допомоги (послуг).

13.4. Для отримання Медичної допомоги (послуг) Застрахована особа повинна пред'явити Медичному персоналу оригінал Договору страхування або сервісну медичну картку, документ, що посвідчує її особу, в окремих випадках – направлення, видане Страховиком (Асистуючою компанією).

**14. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ
НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

14.1. Для підтвердження факту настання Страхового випадку та для визначення розміру страхової виплати Страхувальник протягом строку, визначеному Договором страхування має надати Страховику такі документи:

14.1.1. всі оригінали або копії документів, що засвідчують факт надання Застрахованій особі Медичної допомоги (послуг) оформлені згідно діючого законодавства;

14.1.2. рахунки з додатками оригіналів (або їх копій) калькуляцій вартості Медичної допомоги

(послуг), фіскальні та товарні чеки за надану Медичну допомогу (послуги) і/або Лікарські засоби;

14.1.3. оригінали (або їх копії) первинної медичної документації і рецепти, завірені підписом Лікаря, керівника ЛПЗ та/або печаткою ЛПЗ.

14.2. Якщо у Застрахованої особи з об'єктивних причин не було можливості виконати вимогу п. 13.1. та/або п. 13.3. цих Правил, та Медичну допомогу (послуги) вона отримала і оплатила самостійно та/або самостійно придбала Лікарські препарати у зв'язку з їх відсутністю в ЛПЗ та/або у зв'язку з амбулаторним лікуванням, то для отримання відшкодування витрат, Застрахована особа протягом строку, визначеного Договором страхування, повинна особисто (або через законних представників) надати Страховику перераховані в п.14.1 цих Правил документи та Заяву на відшкодування витрат.

14.3. Після отримання всіх зазначених у п.14.1 цих Правил документів Страховик у строк, визначений Договором між Страховиком та ЛПЗ, проводить їх перевірку, складає Страховий акт з доданням первинних документів, що посвідчують обсяги витрат (п. 14.1 Правил).

15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком протягом строку, визначеного Договором страхування таким чином:

15.1.1. Застрахованій особі на підставі заяви, якщо оплату Медичної допомоги / Парамедичних послуг при Захворюванні вона здійснювала самостійно, дотримуючись умов пп.13.3., 14.2. цих правил та в страховому акті підтверджена обґрунтованість і достовірність вказаних витрат;

15.1.2. ЛПЗ на підставі Страхового акту, Акту виконаних робіт та рахунку Медичного закладу, який надавав Застрахованій особі Медичну допомогу / Парамедичні послуги.

15.2. Страховий акт складається Страховиком (Асистуючою компанією) протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання документів, вказаних в Розділі 14 цих Правил.

15.3. На підставі Страхового акту Страховик протягом 10 (десяти) банківських днів здійснює Страхову виплату.

15.4. При відмові у страховій виплаті Страховик (Асистуюча компанія) протягом десяти робочих днів повідомляє письмово Страхувальника (Застраховану особу) про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин такої відмови.

15.5. Страховик здійснює відшкодування витрат за умови, що Медична допомога (послуги):

15.5.1. співвідноситься із вказаним діагнозом;

15.5.2. відповідає стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання Медичної допомоги (послуг);

15.5.3. носить характер необхідної (без надання якої Медичний стан Пацієнта значно погіршиться) та достатньої для Медичного стану, що існував на момент її надання.

15.6. Страховик здійснює Страхову виплату в межах встановленої в Договорі страхування Страхової суми або ліміту відповідальності за патологіями захворювання або умовами лікування згідно Програми страхування, якщо це передбачено Договором страхування, але не більше суми, фактично витраченої на надання Застрахованій особі Медичної допомоги (Парамедичних послуг).

15.7. Страхова виплата може здійснюється Страховиком наступним чином:

15.7.1. На рахунок ЛПЗ (Асистуючої компанії) за умови, якщо сплата вартості Медичної допомоги (Парамедичних послуг), наданої Застрахованій особі, здійснювалася Асистуючою компанією або ці послуги надавалися безпосередньо Медичним персоналом ЛПЗ (Асистуючої компанії). Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку згідно з умовами договору з ЛПЗ (Асистуючою компанією). Факт здійснення Страхової виплати підтверджується платіжним дорученням;

15.7.2. Застрахованій особі, якщо оплату Медичної допомоги (Парамедичних послуг) при Захворюванні вона здійснювала самостійно, дотримуючись умов пп. 13.3, 14.2 цих Правил та в Страховому акті підтверджена обґрунтованість і достовірність вказаних витрат. Страхова виплата Застрахованій особі може здійснюватися у готівковому вигляді або шляхом безготівкового розрахунку за заявою Застрахованої особи в строки обумовлені Договором

страхування. Факт здійснення Страхової виплати відповідно підтверджується касовим ордером або платіжним дорученням.

15.7.3. При наданні Медичної допомоги (послуг) Застрахованій особі за межами України оплата здійснюється згідно з умовами Договору страхування та чинного законодавства України.

16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

16.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхової виплати є:

16.1.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням Страхувальником або Застрахованими особами громадянського обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

16.1.2. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування на момент укладення Договору страхування або про факт настання страхового випадку.

16.1.3. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання Страхового випадку без поважних на це причин, невиконання умов пп.13.3 та 14.2 (якщо це передбачено Договором страхування) або створення Страховику перешкод у визначенні обставин Страхового випадку.

16.1.4. Захворювання Застрахованої особи поза місцем дії Договору страхування.

16.1.5. Настання Страхових випадків, що зазначені в Розділі 6 цих Правил або в Договорі Страхування як виключення.

16.1.6. Додаткові підстави для відмови в Страховій виплаті можуть бути передбачені в Договорі страхування.

16.1.7. Інші випадки, передбачені законом.

16.2. Рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання документів, вказаних в Розділі 14 цих Правил.

16.3. Якщо Страховик прийняв рішення про відмову у Страховій виплаті, він повинен обґрунтувати його у письмовій формі та надати оригінал рішення Застрахованій особі, а копії – Страхувальнику та ЛПЗ (Асистуючій компанії).

16.4. Застрахована особа може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.

16.5. Якщо рішення Страховика про відмову у здійсненні Страхової виплати визнано законним у судовому порядку або визнається Застрахованою особою, вона самостійно відшкодовує вартість отриманої Медичної допомоги (Парамедичних послуг) Страховику (Асистуючій компанії) та/або іншим фізичним і юридичним особам, що надавали такі послуги.

17. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність дію за згодою Сторін, а також у разі:

17.1.1. Закінчення Строку дії Договору страхування.

17.1.2. Смерті Застрахованої особи (у випадку Договору страхування колективу (групи) осіб його дія припиняється лише стосовно цієї особи).

17.1.3. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому Договір страхування припиняє дію лише щодо відповідної Застрахованої особи.

17.1.4. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

17.1.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної

особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених відповідними статтями Закону України "Про страхування".

17.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

17.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

17.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

17.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї з Сторін, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

17.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування з ініціативи Страхувальника Страховик повертає Страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору за відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачені Страхову премії повністю.

17.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику Страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

17.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору Страхування.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що впливають із умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.

18.2. У випадку, якщо Сторонами не досягнуто згоди шляхом переговорів, суперечки та розбіжності вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.

19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

19.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

19.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі в обставинах, які були представлені Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

19.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

19.1.3. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокове припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених страхових сум, до виплати яких призвели ці дії.

19.1.4. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинності Страхувальника (Застрахованої особи).

19.2. Будь-які повідомлення щодо виконання умов Договору страхування приймаються Страховиком/Страхувальником лише в письмовому вигляді (прийнятним є обмін повідомленнями із використанням факсимільного зв'язку та електронної пошти з подальшим надсиланням оригінальних документів).

19.3. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюється лише за згодою обох

Сторін та оформлюється у вигляді додаткової Угоди до Договору страхування, підписаної уповноваженими на те представниками Сторін.

Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

19.4. При продовженні дії Договору страхування та за умови: що за попередній строк не було жодного Страхового випадку Страховик може надавати Страхувальнику знижку із Страхової премії в розмірі 5-10 %.

19.5. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені законом України «Про страхування», повинні бути передбачені в Договорі страхування.

20. СТРАХОВІ ТАРИФИ

20.1. Базові Страхові тарифи, в межах яких встановлюються конкретні розміри Страхових тарифів, обчислюються Страховиком актуарно на підставі відповідної статистики настання Страхових випадків та вартості Медичної допомоги (послуг). Базові Страхові тарифи наведені у Додатку №2 до цих Правил.

20.2. Конкретний розмір Страхового тарифу для кожної Застрахованої особи по кожній Програмі медичного страхування встановлюється Страховиком за домовленістю із Страхувальником, враховуючи вік, стать, регіон проживання Застрахованих осіб, Страхову суму, кількість застрахованих осіб, інформацію про Медичний стан, строк дії Договору страхування та інші фактори, які можуть впливати на ступінь Страхового ризику.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Президент АСК «Омега»

С. В. Тарасенко

«30» березня 2009 р.

Перелік Базових Програм добровільного медичного страхування

№ п/п	Назва програми
01	Медикаменти
02	Стоматологічна медична допомога
03	Сімейний поліс
04	Екстрена медична допомога
05	Сімейний лікар
06	Комплексна медична допомога "Корпоративна"
07	Комплексна медична допомога "Класична"
08	Комплексна медична допомога "Елітна"
09	Комплексна медична допомога "Малятко"
10	Комплексна медична допомога "Сонечко"
11	Комплексна медична допомога "Школярник"
12	Комплексна медична допомога "Юність"

ПРОГРАМА 01: „МЕДИКАМЕНТИ”

Мета програми:

Забезпечення Пацієнта Лікарськими засобами для лікування Гострих захворювань, Ускладнень або Загострень захворювань при Амбулаторному лікуванні або лікуванні в Стаціонарі.

Програма не охоплює:

- Надання наступних Медичних послуг:
 - консультація Лікаря або іншого Медичного персоналу;
 - проведення діагностичних або лікувальних маніпуляцій, оперативних втручань, а також реабілітаційних заходів;
 - надання Невідкладної медичної або стоматологічної допомоги або Медичної евакуації.
- Забезпечення Лікарськими засобами, що призначаються для:
 - профілактичного, підтримуючого або замісного лікування Хронічних захворювань у Фазі ремісії;
 - лікування супутніх Захворювань, виявлених при наданні Медичних послуг з приводу основного Захворювання, при умові, що супутні Захворювання не загрожують життю Пацієнта;
 - проведення естетичних і косметологічних оперативних втручань;
 - протезування (в тому числі, стоматологічного);
 - корекції Захворювань органів зору (окрім фармакологічних препаратів).
- Забезпечення Лікарськими засобами, які:
 - безкоштовно надаються Пацієнту за рахунок ЛПЗ або з будь-якого іншого джерела;
 - не зареєстровані для використання на території, де проводиться надання Медичних послуг;
 - входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, харчових додатків;
 - протипоказані Пацієнту за станом його здоров'я.
- Надання Парамедичних послуг.

Особливі умови:

1. Вартість 1 упаковки будь-якого Лікарського засобу не повинна перевищувати еквіваленту 20 у.од. (на перевищення вартості 20 у.од. необхідна додаткова згода страхової компанії).
2. Якщо після проведення експертної оцінки призначень Лікар страхової компанії приходить до висновку про невідповідність вказаного діагнозу діючому переліку Страхових випадків або про необґрунтованість призначення окремих Лікарських засобів, він може вимагати організації експертизи Страхового випадку.

Строк проведення експертизи обмежується 24 годинами (якщо додатково не виникають обставини, що заважають проведенню експертизи). Експертиза включає в себе:

- консультації з лікуючим Лікарем Пацієнта;
 - медичний огляд Пацієнта Лікарем-експертом страхової компанії та/або проведення додаткового діагностичного обстеження (оплата Медичних послуг в такому випадку проводиться за рахунок Пацієнта).
3. На підставі висновку експертизи страхова компанія складає Акт про настання страхового випадку, відповідно до якого Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати Застрахованій особі, як відшкодування вартості обґрунтовано призначених лікуючим Лікарем Лікарських засобів.

ПРОГРАМА 02 „СТОМАТОЛОГІЧНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА”.

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості і оплата необхідних Медичних послуг при лікуванні в стоматологічній клініці:

1. Гострих захворювань або Загострення вже існуючих захворювань зубів і прилеглих тканин.
2. Плановій стоматологічній медичній допомозі, необхідність і обсяги якої визначаються Лікарем.

Програма не охоплює:

1. Надання профілактичних медичних послуг (герметизація фісур, профілактичні огляди, зняття зубного каменю і т.д.).
2. Лікування хронічних захворювань зубів і прилеглих тканин (карієс, пародонтоз, гранульоми, кісти, кістогранульоми і т.п.) у Фазі ремісії.
3. Відновлення зубного ряду (протезування, імплантація, реставрація і т.д.).
4. Послуг ортодонтії.

Медичні послуги у складі даної програми:**1. Швидка стоматологічна допомога.**

- 1.1. Огляд, діагностика і консультація стоматолога.
- 1.2. Анестезія;
- 1.3. Рентген (за медичними показаннями);
- 1.4. Зняття протезів, які не знімаються, для лікування зуба по швидкій допомозі;
- 1.5. Видалення зуба і кореня (за медичними показаннями);
- 1.6. Розкриття кореневих каналів (розкриття пульпової камери);
- 1.7. Накладання тимчасової пломби;
- 1.8. Зняття гострого болю при пульпіті, періодонті, періоститі, глибокому карієсі, зняття гострого болю одонтогенного характеру;
- 1.9. Лікування травматичних пошкоджень зубів і щелепи (без протезування).

2. Планова стоматологічна допомога:

- 2.1. Огляд, діагностика і консультація стоматолога.
- 2.2. Анестезія;
- 2.3. Рентген (за медичними показаннями);
- 2.4. Зняття протезів, які не знімаються, для лікування зуба по швидкій допомозі;
- 2.5. Видалення зуба і кореня (за медичними показаннями);
- 2.6. Розкриття кореневих каналів (розкриття пульпової камери);
- 2.7. Накладання тимчасової пломби;
- 2.8. Зняття гострого болю при пульпіті, періодонті, періоститі, глибокому карієсі, зняття гострого болю одонтогенного характеру;
- 2.9. Лікування травматичних пошкоджень зубів і щелепи (без протезування).

- 2.10. Ендодонтичне лікування (лікування і пломбування каналів).
- 2.11. Постановка постійних пломб вартістю до 20 у.о. за одну пломбу.
- 2.12. Зняття зубного каменю (відкладень).
- 2.13. Відновлення (реставрація) зубів, включаючи внутрішньокореневі штифти, якщо такі Медичні послуги передбачені Договором страхування.

Особливості програми:

1. Страхування по даній програмі не вимагає попереднього обстеження стану здоров'я зубів і не передбачає обмежень у зв'язку з таким станом (посилання на давнину і занедбаність процесу, складність захворювання і т.п.).
2. Усі Медичні послуги надаються в умовах стоматологічних ЛПЗ, що надають Амбулаторні медичні послуги.
3. Для безкоштовного отримання Лікарських засобів Пацієнт отримує в Асистуючій компанії спеціальний рецепт по якому Лікарські засоби видаються в Аптеках, що перебувають в договірних відносинах із Асистуючою компанією.

**ПРОГРАМА 03: „СІМЕЙНИЙ ПОЛІС”
(медичне страхування сім'ї)**

Застрахованим за цією програмою членам сім'ї забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги за програмами „Комплексна медична допомога” на страхову суму, визначену для всієї сім'ї, або для кожного її члена Договором страхування.

ПРОГРАМА: 04 „ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА”

Застрахованим за цією програмою громадянам України та іноземним громадянам, які тимчасово перебувають на території України, забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних при наданні екстреної медичної допомоги в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та бригадами Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги у станах здоров'я які загрожують життю.

Програма передбачає:

1. Лікування Гострих захворювань (задача лікування – видужання повне або часткове відновлення працездатності).
2. Лікування Загострень Хронічних захворювань (задача лікування – зниження активності Захворювання і повне або часткове відновлення працездатності).
3. Надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги за межами ЛПЗ при Гострих Захворюваннях, Загостреннях або Ускладненнях Захворювань, які загрожують життю на момент виклику бригади Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги (завдання лікування – стабілізація Медичного стану пацієнта).
4. Медична евакуація в ЛПЗ для дообстеження надання спеціалізованої Медичної допомоги при Гострих захворюваннях, Загостреннях або Ускладненнях захворювань, які загрожують життю на момент виклику бригади Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги (завдання – максимально швидкий доступ до спеціалізованої медичної допомоги).

Медичні послуги в складі цієї програми :

1. Первинне і повторне обстеження Пацієнта Лікарем, встановлення діагнозу, складання програми лікування, контроль за Медичним станом в процесі лікування.
2. Приїзд загальної або спеціалізованої бригади Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги до Пацієнта.
3. Медична евакуація Пацієнта в ЛПЗ з метою дообстеження або госпіталізації.
4. Госпіталізація в профільні відділення Клінік, з якими Страховик перебуває в договірних відносинах.
5. Проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних і паталогічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу і контролю лікування.
6. Консультації вузькопрофільних спеціалістів.
7. Повне забезпечення курсу лікування Лікарськими препаратами.

8. Виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій.
9. Хірургічне (оперативне) лікування з повним забезпеченням послуг Медичним персоналом та Лікарськими засобами.
10. Оформлення спеціальної медичної документації.

Особливості Медичних послуг за цією програмою:

1. Медична допомога надається в обсягах, що забезпечують зниження активності Захворювання, часткове відновлення працездатності (повернення до Медичного стану, який раніше був у Застрахованої особи).

ПРОГРАМА 05: «СІМЕЙНИЙ ЛІКАР»

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості і оплата вартості Медичних послуг, необхідних для лікування в амбулаторних умовах, Надання клієнту медичної допомоги силами індивідуального довіреного лікаря й оплату його послуг, Забезпечення Пацієнта Лікарськими засобами для лікування Гострих захворювань, чи Ускладнень Загострень захворювань в умовах Амбулаторії та Клініки:

1. Гострих захворювань (задача Лікування – видужання і поновлення працездатності).
2. Загострення Ускладнення Хронічних захворювань (задача Лікування – зменшення активності хвороби і поновлення працездатності).

Програма не охоплює:

1. Амбулаторне лікування Захворювань, що за медичними показниками вимагають надання Стаціонарних медичних послуг.
2. Невідкладну медичну допомогу, Медичну евакуацію і Стаціонарні медичні послуги, необхідність у яких виникла під час курсу амбулаторного лікування.
3. Невідкладну і Планову стоматологічну допомогу.
4. Проходження курсу реабілітації після Захворювання більш ніж 20 днів чи санаторно-курортне лікування.
5. Лікування хвороб, віднесених до виключень із страхових випадків згідно Договору страхування.
6. Медичне обслуговування, не санкціоноване Сімейним лікарем.

Медичні послуги в складі даної програми:

1. Ведення Клієнта Лікарем не залежно від стану здоров'я, встановлення діагнозу, складання програми лікування, лікування і контроль проходження Захворювання при виникненні останнього.
2. Проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних і патогістологічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу і контролю лікування.
3. Консультації і лікування фахівцями вузького профілю, у т.ч. консультації в Клініці.
4. Повне забезпечення курсу лікування Лікарськими препаратами.
5. Виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій.
6. Оформлення спеціальної медичної документації.

ПРОГРАМА 06: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "КОРПОРАТИВНА"

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги з метою покращення та/або стабілізації стану здоров'я на місці події та/або медична евакуація в межах міста або району до лікувального закладу при настанні нещасного випадку, гострих захворюваннях, загостреннях чи ускладненнях хронічних захворювань, що загрожують життю.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Вийзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення, виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Медична евакуація до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації (за медичними показниками).
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень ресурсами бригади та/або приймального відділення стаціонару для встановлення попереднього діагнозу.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. безпосередня загроза життю Застрахованої особи;
2. нещасний випадок (автотранспортна пригода, ураження електричним струмом і таке інше), що потребує надання невідкладної медичної допомоги;
3. стан здоров'я Застрахованої особи, який не дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря для отримання невідкладної медичної допомоги.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні захворювання, стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. стан здоров'я Застрахованої особи, який дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря в поліклініку;
2. виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
3. огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування;
4. потреба в проведенні діагностичних та лікувальних заходів, які не входять у програму "Невідкладна допомога".

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, домашній та/або денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності хронічних захворювань та відновлення працездатності.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Первинна консультація по профілю захворювання та обстеження, які проводить лікар при огляді, а також повторна консультація того ж лікаря.
2. Первинна та повторні консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря в зазначений строк.
3. Загальноклінічні дослідження та експрес-аналізи.
4. Біохімічні дослідження.
5. Ферментні, імунологічні, гормональні, бактеріологічні та інші дослідження біологічного матеріалу на одне захворювання на рік.
6. Проведення ЕКГ (електрокардіографії), ФГДС (фібро-гастро-дуоденоскопії), рентгенографії, рентгеноскопії та УЗД (ультразвукове дослідження) органів черевної порожнини та малого тазу за призначенням лікаря.
7. Медикаментозне забезпечення: при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань.
8. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій (крім масажу).

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє прибути на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою виконання необхідних процедур та маніпуляцій, контролю перебігу захворювання та корекції лікування.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. захворювання та стан здоров'я Застрахованої особи, при яких необхідно надання медичної допомоги;
2. одержання лікарських консультацій, призначених лікарем;
3. проведення лабораторних й інструментальних досліджень, призначених лікарем (обсяг зазначено вище);
4. виконання медичних процедур та маніпуляцій, призначених лікарем.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару;
2. проходження курсу реабілітації після хвороби.

3. Лікування в умовах стаціонару

Лікування в умовах стаціонару у випадку неефективності та/або неможливості амбулаторного лікування.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

За життєвими показниками:

1. Обстеження.
2. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
3. Інтенсивна терапія.

Не за життєвими показниками:

1. Лабораторні та інструментальні дослідження.
2. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
3. Післяопераційне лікування.
4. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
5. Медикаментозне забезпечення.
6. Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію — до 7 діб.
7. Рівень комфортності палат звичайний.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. захворювання та стан здоров'я Застрахованої особи, які потребують лікування в умовах стаціонару.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. відсутність необхідності у цілодобовому медичному спостереженні з боку медперсоналу;
2. можливість лікування в умовах поліклініки (за станом здоров'я);
3. проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.

4. Стоматологічна допомога

Надання невідкладної стоматологічної допомоги при гострому болю без подальшого лікування.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Первинне обстеження (при зверненні).
2. Рентген.
3. Анестезія.
4. Зняття гострого болю.
5. Тимчасове пломбування.

6. Видалення зубів та зубних коренів.
7. Лікування травматичних пошкоджень зубів та щелеп (без протезування).

Особливі умови

1. Якщо лікар бригади невідкладної медичної допомоги вважає виклик необґрунтованим, вартість виклику сплачує Застрахована Особа.
2. Лікування за життєвими показниками сплачується в межах страхової суми без обмеження строку лікування в стаціонарі в період дії договору страхування.
3. Лікування хронічних захворювань проводиться лише в стадії загострення.
4. Ліки для постійного прийому згідно даної програми не надаються та не сплачуються
5. Програма не охоплює проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування, проведення превентивних заходів щодо попередження гострих та загострення хронічних захворювань.
6. Лікування окремих захворювань, згідно з "Переліком виключень захворювань та станів здоров'я, які не являються страховими випадками".

Програма припиняє дію у випадках:

1. недотримання або порушення лікувально-охоронного режиму;
2. невиконання призначень лікаря;
3. відмови від пропонованого лікування в умовах стаціонару.

ПРОГРАМА 07: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "КЛАСИЧНА"

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги з метою покращення та/або стабілізації стану здоров'я на місці події та/або медична евакуація в межах області до лікувального закладу при настанні нещасного випадку, гострих захворюваннях, загостреннях чи ускладненнях хронічних захворювань, що загрожують життю.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення, виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Медична евакуація до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації (за медичними показниками).
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень для встановлення попереднього діагнозу.
5. Медична евакуація Застрахованої особи по території області при наявності показань та відсутності протипоказань.
6. Повторний візит лікаря після надання невідкладної медичної допомоги, за умови якщо в цьому є необхідність та Застрахована особа не госпіталізована.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. безпосередня загроза життю Застрахованої особи;
2. нещасний випадок (автотранспортна пригода, ураження електричним струмом і таке інше), що потребує надання невідкладної медичної допомоги;
3. стан здоров'я Застрахованої особи, який не дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря для отримання невідкладної медичної допомоги.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні захворювання, стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. стан здоров'я Застрахованої особи, який дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря в поліклініку;
2. виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
3. огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, домашній та/або денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності хронічних захворювань та відновлення працездатності.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Первинна консультація по профілю захворювання.
2. Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря в зазначений строк.
3. Загальноклінічні дослідження та експрес-аналізи.
4. Біохімічні дослідження.
5. Інші (ферментні, імунологічні, гормональні, бактеріологічні,...) дослідження біологічного матеріалу одноразово на захворювання.
6. Проведення ЕКГ (електрокардіографії), ФГДС (фібро-гастро-дуоденоскопії), рентгенографії, рентгеноскопії, УЗД (ультразвукове дослідження) серця, органів черевної порожнини та малого тазу за призначенням лікаря.
7. Одноразово проведення інших інструментальних досліджень за призначенням лікаря: реографія, комп'ютерна томографія та інші.
8. Повторні обстеження Застрахованої особи з метою контролю перебігу захворювання (обсяг обстежень зазначено вище)
9. Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах (за винятком препаратів для постійного прийому).
10. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
11. Масаж за призначенням лікаря.
12. Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 7 днів (денний або домашній стаціонар).

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє прибути на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою виконання необхідних процедур та маніпуляцій, контролю перебігу захворювання та корекції лікування.

Домашній стаціонар замість Денного надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє прибути на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. проходження курсу реабілітації після хвороби.

3. Лікування в умовах стаціонару

Лікування в умовах стаціонару у випадку неефективності та/або неможливості амбулаторного лікування.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

За життєвими показниками:

1. Обстеження.
2. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.

3 Інтенсивна терапія.

Не за життєвими показниками:

- 1 Лабораторні та інструментальні дослідження.
- 2 Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
- 3 Інтенсивна терапія.
- 4 Післяопераційне лікування.
- 5 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
- 6 Медикаментозне забезпечення.
- 7 Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 21 доби.
- 8 Палати підвищеного комфорту, якщо це дозволяють умови лікувального закладу, захворювання та стан здоров'я.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. захворювання та стан здоров'я Застрахованої особи, які потребують лікування в умовах стаціонару;

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. відсутність необхідності у цілодобовому медичному спостереженні з боку медперсоналу;
2. можливість лікування в умовах поліклініки (за станом здоров'я);
3. проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.

4. Стоматологічна допомога

Надання невідкладної стоматологічної допомоги з подальшим лікуванням травматологічних пошкоджень, парадонтиту та парадонтозу, захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

- 1 Обстеження та консультація стоматолога.
- 2 Рентгенографія.
- 3 Анестезія.
- 4 Зняття гострого болю.
- 5 Пломбування зубів та кореневих каналів.
- 6 Видалення зубів та зубних коренів.
- 7 Лікування травматичних пошкоджень зубів та щелеп.
- 8 Лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Особливі умови

1. Якщо лікар бригади невідкладної медичної допомоги вважає виклик необґрунтованим, вартість виклику сплачує Застрахована Особа.
2. Лікування за життєвими показниками сплачується в межах страхової суми без обмеження строку лікування в стаціонарі в період дії договору страхування.
3. Лікування хронічних захворювань проводиться лише в стадії загострення.
4. Ліки для постійного прийому згідно даної програми не надаються та не сплачуються
5. Програма не охоплює проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування, проведення превентивних заходів щодо попередження гострих та загострення хронічних захворювань.
6. Лікування окремих захворювань, згідно з "Переліком виключень захворювань та станів здоров'я, які не являються страховими випадками".

Програма припиняє дію у випадках:

1. недотримання або порушення лікувально-охоронного режиму;
2. невиконання призначень лікаря;
3. відмови від пропонованого лікування в умовах стаціонару.

ПРОГРАМА 08: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "ЕЛІТНА"

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги з метою покращення та/або стабілізації стану здоров'я на місці події та/або медична евакуація в межах України до лікувального закладу при настанні нещасного випадку, гострих захворювань, загострень чи ускладненнях хронічних захворювань, що загрожують життю.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення, виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Медична евакуація до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації (за медичними показниками).
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень для встановлення попереднього діагнозу.
5. Медична евакуація Застрахованої особи по території України при наявності показань та відсутності протипоказань.
6. Повторний візит лікаря після надання невідкладної медичної допомоги, за умови якщо в цьому є необхідність та Застрахована особа не госпіталізована.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. безпосередня загроза життю Застрахованої особи;
2. нещасний випадок (автотранспортна пригода, ураження електричним струмом і таке інше), що потребує надання невідкладної медичної допомоги;
3. стан здоров'я Застрахованої особи, який не дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря для отримання невідкладної або швидкої медичної допомоги.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи, який дозволяє самостійно прибути на прийом до лікаря;
2. виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
3. огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, домашній та/або денний стаціонар) гострих захворювань, загострень чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності хронічних захворювань та відновлення працездатності.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Первинна консультація та обстеження по профілю захворювання.
2. Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря в зазначений строк.
3. Лабораторні дослідження біологічного матеріалу за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
4. Інструментальні дослідження за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
5. Повторні обстеження Застрахованої особи з метою контролю перебігу захворювання.

- 6 Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах (за винятком препаратів для постійного прийому).
- 7 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
- 8 Масаж за призначенням лікаря.
- 9 Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 14 днів (денний або домашній стаціонар).

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє прибути на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою виконання необхідних процедур та маніпуляцій, контролю перебігу захворювання та корекції лікування.

Домашній стаціонар замість Денного надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє прибути на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. проходження курсу реабілітації після хвороби.

3. Лікування в умовах стаціонару

Лікування в умовах стаціонару у випадку неефективності та/або неможливості амбулаторного лікування.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

- 1 Лабораторні та інструментальні дослідження.
- 2 Консервативне, оперативне та післяопераційне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
- 3 Інтенсивна терапія.
- 4 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
- 5 Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 28 діб.
- 6 Палати підвищеного комфорту або "Люкс", якщо це дозволяють умови лікувального закладу, захворювання та стан здоров'я.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. захворювання та стан здоров'я Застрахованої особи, які потребують лікування в умовах стаціонару.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої особи та обставини:

1. відсутність необхідності у цілодобовому медичному спостереженні з боку медперсоналу;
2. можливість, за станом здоров'я, лікування в умовах поліклініки (за рішенням лікаря);
3. проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування.

4. Стоматологічна допомога

Надання невідкладної стоматологічної допомоги з подальшим лікуванням, у тому числі лікування травматологічних пошкоджень, парадонтиту та парадонтозу, захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

- 1 Обстеження та консультація стоматолога.
- 2 Рентгенографія.
- 3 Анестезія.
- 4 Пломбування зубів та кореневих каналів.
- 5 Видалення зубів та зубних коренів.

- 6 Лікування травматичних пошкоджень зубів та щелеп.
- 7 Лікування парадонтиту та парадонтозу.
- 8 Лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини.

Особливі умови

1. Якщо лікар бригади невідкладної медичної допомоги вважає виклик необґрунтованим, вартість виклику сплачує Застрахована Особа.
2. Лікування за життєвими показниками сплачується в межах страхової суми без обмеження строку лікування в стаціонарі в період дії договору страхування.
3. Лікування хронічних захворювань проводиться лише в стадії загострення.
4. Ліки для постійного прийому згідно даної програми не надаються та не сплачуються
5. Програма не охоплює проходження курсу реабілітації після хвороби та санаторно-курортне лікування, проведення превентивних заходів щодо попередження гострих та загострення хронічних захворювань.
6. Лікування окремих захворювань, згідно з "Переліком виключень захворювань та станів здоров'я, які не являються страховими випадками"

Програма припиняє дію у випадках:

1. недотримання або порушення лікувально-охоронного режиму;
2. невиконання призначень лікаря;
3. відмови від пропонованого лікування в умовах стаціонару.

ПЕРЕЛІК ВИКЛЮЧЕНЬ ЗАХВОРЮВАНЬ, СТАНІВ ЗДОРОВ'Я ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ, ЯКІ НЕ ЯВЛЯЮТЬСЯ СТРАХОВИМИ ВИПАДКАМИ ЗА ПРОГРАМАМИ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Страховик не сплачує за медичну допомогу і лікування:

1. будь-якого Захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Застрахована особа не повідомила або спотворила у Заяві на страхування;
2. жінок з строком вагітності понад 8 тижнів (договір припиняє дію);
3. переривання вагітності;
4. вроджених вад розвитку або спадкових захворювань;
5. генетичних захворювань та їх наслідків з моменту їх діагностування (муковісцидоз та інші);
6. онкологічних захворювань, у тому числі доброякісних, онкогематології, з моменту встановлення діагнозу (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано в строк дії договору);
7. хронічних захворювань крові та кровотворення;
8. променевої хвороби;
9. туберкульозу у випадку діагностування захворювання до моменту страхування;
10. системних захворювань сполучної тканини;
11. хронічного гепатиту;
12. хронічної ниркової та печінкової недостатності;
13. інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту страхування;
14. захворювань, які передаються статевим шляхом (у тому числі герпетична інфекція, мікоплазмоз, хламідіоз, цитомегаловірусна інфекція);
15. набутого імунodefіциту та порушення імунітету;
16. особливо небезпечних інфекцій у випадку виникнення епідемії;
17. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);
18. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);
19. надлишкової ваги;
20. глибокого мікозу шкіри и внутрішніх органів;
21. безпліддя, імпотенції, підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС (внутрішньо-маточної спіралі);
22. недоліків зовнішності, в тому числі келоїдних рубців, або інших фізичних вад методом пластичної хірургії;

23. захворювань методом трансплантології та/або всіх видів протезування;
24. стійких наслідків раніше перенесених травм і захворювань, стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи;
25. деструктивних та інших захворювань опорно-рухового апарату, що призводять до стійкого порушення функцій руху;
26. нервово-м'язових захворювань (міопатії, міастенії, поліміозит, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, розсіяного склерозу та інші, крім невідкладних станів та інфекційних захворювань);
27. варикозних захворювань, тромбофлебітів з трофічними порушеннями;
28. при наявності ендогенних психічних захворювань, алкоголізму і наркоманії, а також травм і соматичних хвороб, які викликані цими захворюваннями;
29. ортодонтичних порушень;
30. методом зубопротезування і підготовку до нього, поновлювання коронкової частини зуба (більш 1/3), зняття зубного каменю, шліфування, відбілювання зубів;
31. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті воєнних дій, активної участі в заворушеннях, якщо це не пов'язано з виконанням службових обов'язків;
32. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті активної участі в спортивних чи інших змаганнях або підготовки до них, а також при заняттях альпінізмом, спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами, тощо;
33. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
34. професійних захворювань;
35. при необґрунтованій госпіталізації Страхувальника (Застрахованого) в Стаціонар, крім випадків, пов'язаних з труднощами в установленні клінічного діагнозу.
36. всіма видами нетрадиційних методів лікування.

ПРОГРАМА 09: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "МАЛЯТКО" (від 1 до 3 років)

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги на місці події та/або медична евакуація Застрахованої Особи в межах України до лікувального закладу з метою подальшого надання спеціалізованої медичної допомоги (покращення та/або стабілізації стану здоров'я).

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень.
5. Повторний візит лікаря, якщо в цьому є необхідність та якщо Застрахована Особа не госпіталізована.
6. Медична евакуація в межах України до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації при наявності показань та відсутності протипоказань.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

- 1 стан здоров'я Застрахованої Особи, який дозволяє представникам самостійно привести дитину на прийом до лікаря;
- 2 виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
- 3 огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування"

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, обстеження, домашній та денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

- 1 Консультація педіатра.
- 2 Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
- 3 Лабораторні дослідження біологічного матеріалу за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
- 4 Інструментальні дослідження за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
- 5 Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах.
- 6 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
- 7 Масаж за призначенням лікаря не більш двох раз на рік.
- 8 Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 14 днів (денний або домашній стаціонар).
- 9 Оформлення необхідної медичної документації.

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

- 1 стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
- 2 необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою контролю перебігу захворювання та корекції лікування, виконання необхідних процедур та маніпуляцій.

Домашній стаціонар надається у випадку якщо:

- 1 стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє Представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

3. Стаціонарне лікування

Лікування в умовах стаціонару у випадках неефективності та/або неможливості амбулаторно-поліклінічного лікування з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

- 1 Лікування в лікарнях або відділеннях відповідного профілю захворювання.
- 2 Лабораторні та інструментальні дослідження.
- 3 Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
- 4 Інтенсивна терапія.
- 5 Післяопераційне лікування.
- 6 Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
- 7 Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 28 діб.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

- 1 необхідність постійного спостереження з боку медичного персоналу;
- 2 необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;

- 3 необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та лікувальних заходів (оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

- 1 можливість, за станом здоров'я, лікування в умовах поліклініки (по рішення лікаря).

**ПЕРЕЛІК ВИКЛЮЧЕНЬ ЗАХВОРЮВАНЬ, СТАНІВ ЗДОРОВ'Я
ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ,
ЯКІ НЕ ЯВЛЯЮТЬСЯ СТРАХОВИМИ ВИПАДКАМИ.**

Страховик не сплачує за медичну допомогу і лікування:

1. будь-якого Захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої Дитини до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Батьки Застрахованої Дитини не повідомили або спотворили у Заяві на страхування;
2. вроджених або спадкових вад розвитку;
3. генетичних захворювань та їх наслідків з моменту їх діагностування (муковісцидоз та інші);
4. вроджених захворювань;
5. дитячого церебрального паралічу, розсіяного склерозу;
6. недоліків зовнішності або інших фізичних вад методом пластичної хірургії;
7. захворювань методом трансплантології та/або всіх видів протезування;
8. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);
9. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);
10. надлишкової ваги;
11. онкологічних захворювань, у тому числі доброякісних та онкогематології, з моменту встановлення діагнозу (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано в строк дії договору);
12. хронічних захворювань крові та кровотворення (з моменту встановлення діагнозу);
13. променевої хвороби;
14. нервово-м'язових захворювань (міопатії, міастенії, поліміозит, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім невідкладних станів та інфекційних захворювань);
15. системних захворювань сполучної тканини;
16. туберкульозу у випадку діагностування захворювання до моменту страхування;
17. захворювань опорно-рухового апарату, що приводять до стійкого порушення функцій руху;
18. хронічної ниркової та печінкової недостатності;
19. хронічного гепатиту;
20. інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту страхування;
21. особливо небезпечних інфекцій у випадку виникнення епідемії;
22. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
23. органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи при наявності стійких залишкових змін;
24. мікозу шкіри і внутрішніх органів;
25. екземи, вітіліго, псоріазу;
26. венеричних захворювань, синдрому набутого імунodefіциту (СНІД);
27. нетрадиційними методами.

**ПРОГРАМА 10: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "СОНЕЧКО"
(від 3 до 6 років)**

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги на місці події та/або медична евакуація Застрахованої Особи в межах України до лікувального закладу з метою подальшого надання спеціалізованої медичної допомоги (покращення та/або стабілізація стану здоров'я).

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень.
5. Повторний візит лікаря, якщо в цьому є необхідність та якщо Застрахована Особа не госпіталізована.
6. Медична евакуація в межах України до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації при наявності показань та відсутності протипоказань.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

- 1 стан здоров'я Застрахованої Особи, який дозволяє представникам самостійно привести дитину на прийом до лікаря;
- 2 виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
- 3 огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, обстеження, домашній та денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Консультація педіатра.
2. Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
3. Лабораторні дослідження біологічного матеріалу за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
4. Інструментальні дослідження за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
5. Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Масаж за призначенням лікаря не більш двох раз на рік.
8. Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 14 днів (денний або домашній стаціонар).
9. Оформлення необхідної медичної документації.

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою контролю перебігу захворювання та корекції лікування, виконання необхідних процедур та маніпуляцій.

Домашній стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє Представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

3. Стаціонарне лікування

Лікування в умовах стаціонару у випадках неефективності та/або неможливості амбулаторно-поліклінічного лікування з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Лікування в лікарнях або відділеннях відповідного профілю захворювання.
2. Лабораторні та інструментальні дослідження.
3. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
4. Інтенсивна терапія.
5. Післяопераційне лікування.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 28 діб.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. необхідність постійного спостереження з боку медичного персоналу;
2. необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;
3. необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та лікувальних заходів (оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. можливість, за станом здоров'я, лікування в умовах поліклініки (по рішення лікаря).

ПЕРЕЛІК ВИКЛЮЧЕНЬ ЗАХВОРЮВАНЬ, СТАНІВ ЗДОРОВ'Я ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ, ЯКІ НЕ ЯВЛЯЮТЬСЯ СТРАХОВИМИ ВИПАДКАМИ.

Страховик не сплачує за медичну допомогу і лікування:

1. будь-якого Захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої Дитини до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Батьки Застрахованої Дитини не повідомили або спотворили у Заяві на страхування;
2. вроджених або спадкових вад розвитку;
3. генетичних захворювань та їх наслідків з моменту їх діагностування (муковісцидоз та інші);
4. вроджених захворювань;
5. дитячого церебрального паралічу, розсіяного склерозу;
6. недоліків зовнішності або інших фізичних вад методом пластичної хірургії;
7. захворювань методом трансплантології та/або всіх видів протезування;
8. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);
9. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);
10. надлишкової ваги;
11. онкологічних захворювань, у тому числі доброякісних та онкогематології, з моменту встановлення діагнозу (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано в строк дії договору);
12. хронічних захворювань крові та кровотворення (з моменту встановлення діагнозу);
13. променевої хвороби;
14. нервово-м'язових захворювань (міопатії, міастенії, поліміозит, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім невідкладних станів та інфекційних захворювань);
15. системних захворювань сполучної тканини;

16. туберкульозу у випадку діагностування захворювання до моменту страхування;
17. захворювань опорно-рухового апарату, що приводять до стійкого порушення функцій руху;
18. хронічної ниркової та печінкової недостатності;
19. хронічного гепатиту;
20. інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту страхування;
21. особливо небезпечних інфекцій у випадку виникнення епідемії;
22. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
23. органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи при наявності стійких залишкових змін;
24. мікозу шкіри і внутрішніх органів;
25. екземи, вітіліго, псоріазу;
26. венеричних захворювань, синдрому набутого імунodefіциту (СНІД);
27. нетрадиційними методами.

ПРОГРАМА 11: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "ШКОЛЯРИК" (від 6 до 14 років)

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги на місці події та/або медична евакуація Застрахованої Особи в межах України до лікувального закладу з метою подальшого надання спеціалізованої медичної допомоги (покращення та/або стабілізація стану здоров'я).

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень.
5. Повторний візит лікаря, якщо в цьому є необхідність та якщо Застрахована Особи не госпіталізована.
6. Медична евакуація в межах України до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації при наявності показань та відсутності протипоказань.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи, який дозволяє представникам самостійно привести дитину на прийом до лікаря;
2. виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
3. огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, обстеження, домашній та денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Консультація педіатра.
2. Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
3. Лабораторні дослідження біологічного матеріалу за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
4. Інструментальні дослідження за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
5. Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Масаж за призначенням лікаря не більш двох раз на рік.
8. Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 14 днів (денний або домашній стаціонар).
9. Оформлення необхідної медичної документації.

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою контролю перебігу захворювання та корекції лікування, виконання необхідних процедур та маніпуляцій.

Домашній стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє Представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

3. Стаціонарне лікування

Лікування в умовах стаціонару у випадках неефективності та/або неможливості амбулаторно-поліклінічного лікування з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Лікування в лікарнях або відділеннях відповідного профілю захворювання.
2. Лабораторні та інструментальні дослідження.
3. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
4. Інтенсивна терапія.
5. Післяопераційне лікування.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 28 діб.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. необхідність постійного спостереження з боку медичного персоналу;
2. необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;
3. необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та лікувальних заходів (оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. можливість, за станом здоров'я, лікування в умовах поліклініки (по рішення лікаря).

**ПЕРЕЛІК ВИКЛЮЧЕНЬ ЗАХВОРЮВАНЬ, СТАНІВ ЗДОРОВ'Я
ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ,
ЯКІ НЕ ЯВЛЯЮТЬСЯ СТРАХОВИМИ ВИПАДКАМИ.**

Страховик не сплачує за медичну допомогу і лікування:

- 1 будь-якого Захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої Дитини до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Батьки Застрахованої Дитини не повідомили або спотворили у Заяві на страхування;
- 2 вроджених або спадкових вад розвитку;
- 3 генетичних захворювань та їх наслідків з моменту їх діагностування (муковісцидоз та інші);
- 4 вроджених захворювань;
- 5 дитячого церебрального паралічу, розсіяного склерозу;
- 6 недоліків зовнішності або інших фізичних вад методом пластичної хірургії;
- 7 захворювань методом трансплантології та/або всіх видів протезування;
- 8 хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);
- 9 цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);
- 10 надлишкової ваги;
- 11 онкологічних захворювань, у тому числі доброякісних та онкогематології, з моменту встановлення діагнозу (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано в строк дії договору);
- 12 хронічних захворювань крові та кровотворення (з моменту встановлення діагнозу);
- 13 променевої хвороби;
- 14 нервово-м'язових захворювань (міопатії, міастенії, поліміозит, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім невідкладних станів та інфекційних захворювань);
- 15 системних захворювань сполучної тканини;
- 16 туберкульозу у випадку діагностування захворювання до моменту страхування;
- 17 захворювань опорно-рухового апарату, що приводять до стійкого порушення функцій руху;
- 18 хронічної ниркової та печінкової недостатності;
- 19 хронічного гепатиту;
- 20 інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту страхування;
- 21 особливо небезпечних інфекцій у випадку виникнення епідемії;
- 22 захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
- 23 органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи при наявності стійких залишкових змін;
- 24 мікозу шкіри і внутрішніх органів;
- 25 екземи, вітіліго, псоріазу;
- 26 захворювань, які передаються статевим шляхом (у тому числі герпетичної інфекції, мікоплазмозу, хламідіозу, цитомегаловірусної інфекції);
- 27 венеричних захворювань, синдрому набутого імунodefіциту (СНІД);
- 28 захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті військових дій, активної участі в заворушеннях;
- 29 захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті активної участі в спортивних чи інших змаганнях (підготовки до них, професійний спорт), а також при заняттях альпінізмом, спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами;
- 30 нетрадиційними методами.

ПРОГРАМА 12: КОМПЛЕКСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА "ЮНІСТЬ" (від 12 до 18 років)

Застрахованій особі за цією програмою забезпечується організація, контроль якості та оплата Медичних послуг, необхідних для надання Швидкої (Невідкладної) медичної допомоги, лікування в Амбулаторних, Стаціонарних умовах та для надання Стоматологічної допомоги.

Форми лікування.

Програма складається з послідовних етапів (форм) лікування, що надає можливість прискорити (оптимізувати) процес видужання Пацієнта, а саме:

1. Невідкладна медична допомога

Надання невідкладної медичної допомоги на місці події та/або медична евакуація Застрахованої Особи в межах України до лікувального закладу з метою подальшого надання спеціалізованої медичної допомоги (покращення та/або стабілізація стану здоров'я).

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Виїзд бригади невідкладної медичної допомоги, консультація лікаря бригади та спеціаліста вузького профілю (якщо потрібно).
2. Медикаментозне забезпечення для надання невідкладної медичної допомоги.
3. Виконання процедур та маніпуляцій, які необхідні для надання невідкладної медичної допомоги.
4. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень.
5. Повторний візит лікаря, якщо в цьому є необхідність та якщо Застрахована Особа не госпіталізована.
6. Медична евакуація в межах України до лікувального закладу з метою дообстеження або госпіталізації при наявності показань та відсутності протипоказань.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи, який дозволяє представникам самостійно привести дитину на прийом до лікаря;
2. виконання процедур та маніпуляцій для забезпечення процесу лікування;
3. огляд та/або обстеження Застрахованої Особи з метою корекції лікування.

2. Амбулаторно - поліклінічне лікування

Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (консультативний прийом, амбулаторне лікування, обстеження, домашній та денний стаціонар) гострих захворювань, загострення чи ускладнення хронічних захворювань з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Консультація педіатра.
2. Консультації спеціалістів вузького профілю за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
3. Лабораторні дослідження біологічного матеріалу за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
4. Інструментальні дослідження за призначенням лікаря-педіатра в зазначений строк.
5. Медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Масаж за призначенням лікаря не більш двох раз на рік.
8. Амбулаторне лікування після виписки зі стаціонару до 14 днів (денний або домашній стаціонар).
9. Оформлення необхідної медичної документації.

Денний стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи дозволяє представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги;
2. необхідно регулярне, але не цілодобове спостереження з боку лікаря та середнього медичного персоналу з метою контролю перебігу захворювання та корекції лікування, виконання необхідних процедур та маніпуляцій.

Домашній стаціонар надається у випадку якщо:

1. стан здоров'я Застрахованої Особи не дозволяє Представникам привести дитину на прийом до лікаря для отримання медичної допомоги.

3. Стаціонарне лікування

Лікування в умовах стаціонару у випадках неефективності та/або неможливості амбулаторно-поліклінічного лікування з метою одужання від гострих захворювань та/або зменшення активності процесу хронічних захворювань.

Медичні послуги в складі цього пункту програми:

1. Лікування в лікарнях або відділеннях відповідного профілю захворювання.
2. Лабораторні та інструментальні дослідження.
3. Оперативне та консервативне лікування з повним забезпеченням послуг медперсоналу, витрат на оренду операційної зали, повним медикаментозним забезпеченням та забезпеченням витратними матеріалами.
4. Інтенсивна терапія.
5. Післяопераційне лікування.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Тривалість лікування, що сплачується за одну госпіталізацію до 28 діб.

Страховими випадками визнаються й оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. необхідність постійного спостереження з боку медичного персоналу;
2. необхідність цілодобової доступності спеціалізованої медичної допомоги;
3. необхідність проведення спеціалізованих, інтенсивних та високотехнологічних діагностичних та лікувальних заходів (оперативного та консервативного лікування), які неможливо проводити поза стаціонаром.

Страховими випадками не визнаються й не оплачуються Страховою компанією наступні стани здоров'я Застрахованої Особи та обставини:

1. можливість, за станом здоров'я, лікування в умовах поліклініки (по рішення лікаря).

**ПЕРЕЛІК ВИКЛЮЧЕНЬ ЗАХВОРЮВАНЬ, СТАНІВ ЗДОРОВ'Я
ТА МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ,
ЯКІ НЕ ЯВЛЯЮТЬСЯ СТРАХОВИМИ ВИПАДКАМИ.**

Страховик не сплачує за медичну допомогу і лікування:

1. будь-якого Захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Застрахованої Дитини до моменту укладення Договору страхування, та інформацію про яке Батьки Застрахованої Дитини не повідомили або спотворили у Заяві на страхування;
2. вроджених або спадкових вад розвитку;
3. генетичних захворювань та їх наслідків з моменту їх діагностування (муковісцидоз та інші);
4. вроджених захворювань;
5. дитячого церебрального паралічу, розсіяного склерозу;
6. недоліків зовнішності або інших фізичних вад методом пластичної хірургії;
7. захворювань методом трансплантології та/або всіх видів протезування;
8. хронічних захворювань, що потребують замісної гормональної терапії (за винятком невідкладних станів);
9. цукрового діабету (за винятком невідкладних станів);
10. надлишкової ваги;
11. онкологічних захворювань, у тому числі доброякісних та онкогематології, з моменту встановлення діагнозу (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано в строк дії договору);
12. хронічних захворювань крові та кровотворення (з моменту встановлення діагнозу);
13. променевої хвороби;
14. нервово-м'язових захворювань (міопатії, міастенії, поліміозит, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, крім невідкладних станів та інфекційних захворювань);
15. системних захворювань сполучної тканини;
16. туберкульозу у випадку діагностування захворювання до моменту страхування;
17. захворювань опорно-рухового апарату, що приводять до стійкого порушення функцій руху;
18. хронічної ниркової та печінкової недостатності;
19. хронічного гепатиту;
20. інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту страхування;
21. особливо небезпечних інфекцій у випадку виникнення епідемії;

22. захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища;
23. органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи при наявності стійких залишкових змін;
24. мікозу шкіри і внутрішніх органів;
25. екземи, вітіліго, псоріазу;
26. захворювань, які передаються статевим шляхом (у тому числі герпетичної інфекції, мікоплазмозу, хламідіозу, цитомегаловірусної інфекції);
27. венеричних захворювань, синдрому набутого імунodefіциту (СНІД);
28. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті військових дій, активної участі в заворушеннях;
29. захворювань та нещасних випадків, котрі виникли в результаті активної участі в спортивних чи інших змаганнях (підготовки до них, професійний спорт), а також при заняттях альпінізмом, спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами;
30. нетрадиційними методами.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Президент АСК «Омега»

С. В. Тарасенко

«30» березня 2009 р.

Базові річні страхові тарифи

Медикаменти 01:

№ п/п	Страховий тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Страховий тариф для застрахованих з наявністю функціональних розладів, (% від страхової суми)	Страховий тариф для застрахованих з хронічними захворюваннями, (% від страхової суми)
1	6	9	16

Страхова сума від 1000 до 10000 (грн.)

В залежності від віку та кількості застрахованих осіб при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

Стоматологічна медична допомога 02:

Страховий тариф встановлюється при необхідності після огляду стоматолога з урахуванням вартості необхідної стоматологічної допомоги і складає 15 % від страхової суми.

Страхова сума від 1000 до 10000 (грн.)

Сімейний поліс (медичне страхування сім'ї) 03:

Страховий тариф встановлюється в залежності від складу сім'ї, стану здоров'я її членів, регіону проживання, страхової суми на кожного члена сім'ї або сім'ю цілком і становить 70 % від страхового платежу по обраній програмі комплексної медичної допомоги.

Страхова сума згідно обраної програми комплексної медичної допомоги.

Екстрена медична допомога 04:

№ п/п	Страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю функціональних розладів, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1	4	6	8

Страхова сума від 1000 до 10000 (грн.)

В залежності від віку та кількості застрахованих осіб при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

Сімейний лікар 05:

№ п/п	Страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю функціональних розладів, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1	6	8	10

Страхова сума від 1000 до 10000 (грн.)

В залежності від віку та кількості застрахованих осіб при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

Комплексні програми добровільного медичного страхування з 06 по 12.

	Малюток	Сонечко	Школяр	Юність	Корпоративна	Класична	Елітна
Страхова сума (грн.)	25 000	25 000	25 000	25 000	Від 5000 до 25000	Від 25000 до 80000	Від 80000 до 150000
Страховий тариф (%)	14,4*	9,6*	8,16*	6*	4,32**	4,3**	4,1**

* В залежності від стану здоров'я застрахованої особи при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

** В залежності від:

- віку та стану здоров'я застрахованої особи, застрахованих осіб при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.
- кількості застрахованих осіб при розрахунку тарифів страхування застосовується поправочний коефіцієнт від 0,5 до 2,0.

По програмах страхування в кожному конкретному випадку страхові тарифи можуть бути знижені або підвищені в залежності від:

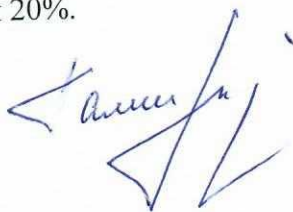
- віку, статі, регіону проживання, статистичних даних про захворюваність, страхової суми та кількості застрахованих;
- вартості Медичних послуг в закладах охорони здоров'я, визначених в Договорі страхування;
- умов праці Застрахованої особи;
- стану здоров'я особи, яка страхується;
- наявності шкідливих звичок та факторів, що підвищують ймовірність захворювання (паління, зловживання алкоголем, підвищена вага тіла, спадковість), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку;
- кількості осіб, що страхуються одночасно (договори з юридичними особами).

При укладанні Договору страхування на термін менший, ніж 12 місяців (один рік), страховий тариф визначається шляхом множення річного тарифу на коефіцієнт короткостроковості в залежності від строку дії договору страхування.

Місяці	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,25	0,35	0,42	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

Норматив витрат на ведення справи 20%.

Актуарій



Галицький І.В.

Прохито та скріплено підаткою
42 (сорок два) гривень

Президент АСК «О/ст»

Тарасенко С.В.



Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
Член Комісії - директор департаменту	Чурсієв О.В.
Підпис	Ініціали прес.
Дата 21.05.2008	Регістраційний номер 03 903 47