

ДОДАТОК №1
ДО ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

УМОВИ СТРАХУВАННЯ «ДОБРОПОЛІС»

ці умови діють з «01» липня 2024 року

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до договору Страховик надає страховий захист Застрахованим особам у випадках, передбачених цими Умовами страхування та Програмою страхування, в межах страхової суми, зазначеної у договорі страхування.

Страховик забезпечує організацію надання медичних послуг Застрахованим особам відповідною Спеціалізованою службою Страховика, а також оплату вищевказаних послуг в **клініках медичної мережі «Добробут»**.

1.2. Усі визначення понять, що використовуються у цьому Договорі страхування, зазначені в Розділі 1 Загальних умов.

1.3. Умови цього Договору страхування можуть дублювати деякі положення Загальних умов, без порушення вимог законодавства щодо Договорів страхування, з метою сприяння кращому сприйняттю, розумінню і виконанню Страхувальником умов цього Договору страхування.

1.4. Цей Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

2.1. Договір страхування укладається дистанційно з використанням інформаційно-комунікаційної/их системи/м у формі електронного документа у порядку, передбаченому чинним законодавством України у сфері е. комерції.

2.2. Для укладення Договору страхування (індивідуальної частини) Страхувальник фізична особа, попередньо ознайомившись на сайті Страховика з Умовами страхування, Програмою страхування та Загальними умовами продукту, що є публічною частиною договору (оферти) вносить/ вводить інформацію про себе та об'єкт страхування відповідно до усіх обов'язкових параметрів/ полів електронної форми для формування пропозиції укласти електронний Договір страхування та здійснення належної перевірки, проведення ідентифікації та верифікації (у один із визначених пунктом 9.12. Загальних умов способів), надає згоду на обробку власних персональних даних, які можуть зазначатись умовами індивідуальної частини Договору страхування, а саме:

2.2.1. обирає/вибирає необхідні за його індивідуальною потребою у страхуванні умови страхового продукту та покриття, в тому числі, але не виключно: вартість страхового покриття(розрахунок онлайн калькулятором), період страхування, територію покриття, розмір франшизи, розмір страхового тарифу інші запитовані електронною формою/формуляром/заявою (далі форма) критерії умов;

2.2.2. прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження, адреса, серію (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності);

2.2.3. зазначає/вводить інформацію для ідентифікації кожного об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт за критеріями форми;

2.2.4. якщо Договором страхування зазначаються особи, які мають право на отримання страхової виплати (вигодонабувач застрахована особа), то Страхувальник зазначає/вводить інформацію для ідентифікації вигодонабувача, кожної застрахованої особи, що дає змогу встановити особу: прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дату народження.

Інша інформація щодо ідентифікації застрахованої особи надається на вимогу страховика, включаючи: адресу, серію (за наявності) та номер паспорта або іншого документа, що посвідчує особу, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності).

2.2.5. зазначає/вводить інформацію про актуальний номер власного мобільного телефону, актуальну адресу електронної пошти для комунікації з Страховиком.

Здійснення всіх вищевказаних дій, передбачених пункті 2.2. цих Умов страхування є Заявою Страхувальника Страховику, про його намір (акцепт) укласти Договір страхування (індивідуальну частину) шляхом приєднання до його Публічної частини (оферта) та Договору страхування в цілому.

2.3. Страховик на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему інформацію за формою формує Індивідуальну частину Договору страхування, в якій міститься посилання на публічну частину, та надсилає Страхувальнику Пропозицію (проект індивідуальної частини Договору страхування), яка дійсна для підписання/акцепту до зазначеної в ній дати.

2.4. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику текстовим повідомленням у формі смс повідомлення на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону.

2.5. Для підписання Договору страхування Страхувальнику передається/надсилається на зазначену ним адресу електронної пошти або номер мобільного телефону, або іншим погодженим Сторонами способом лінк-посилання на веб-сторінку, яке має поле для вводу/внесення одноразового ідентифікатора до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.

2.6. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення послідовності наступних дій:

2.6.1. підписання Страхувальником Договору страхування електронним підписом одноразовим ідентифікатором;

2.6.2. сплата страхового платежу, який здійснюється відповідно умов Договору страхування, може бути реалізована у будь-який з способів, передбачених Пропозицією.

2.7. Перед підписанням Договору страхування (індивідуальної частини) одноразовим ідентифікатором, Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їх достовірність.

2.8. При зазначеному, Сторони розуміють, що підписання Договору страхування зі сторони Страхувальника відбувається після введення отриманого ним одноразового ідентифікатора електронного підпису до інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика.

2.9. В результаті реалізації пунктів 2.4. - 2.8. електронний підпис одноразовим ідентифікатором Страхувальника, який прийняв пропозицію додається (приєднується) до Договору страхування з боку Страхувальника, який прийняв пропозицію.

2.10. Після отримання примірника/ів підписаного Страхувальником Договору страхування (індивідуальної частини), Уповноважена особа Страховика підписує індивідуальну частину Договору страхування кваліфікованим електронним підписом (КЕП) із зазначенням кваліфікованої позначки часу та дати його укладення.

2.11. Підписаний Сторонами примірник Договору страхування (індивідуальної частини) надсилається Страхувальнику на зазначену ним електронну адресу для комунікації, протягом 24-х годин з моменту підписання кваліфікованим електронним підписом керівника та/або уповноваженої особи Страховика, але не пізніше початку строку його дії.

3. ОБМЕЖЕННЯ І ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. На страхування не приймаються фізичні особи, які на момент укладання договору (виконується одна або більше умов):

3.1.1. віком 66 років та старше;

3.1.2. має встановлену інвалідність 1, 2 групи;

3.1.3. має один або декілька із перелічених встановлених діагнозів: токсичний гепатит, хронічний гепатит В, С, D, E, F, цироз печінки, хронічна ниркова недостатність, інсульт, злоякісні новоутворення.

3.2. Загальні виключення зі страхових випадків:

3.2.1. діагностика та лікування поза межами території страхування відповідно до договору;

3.2.2. випадок, що став наслідком навмисного заподіяння шкоди, тілесних ушкоджень власному здоров'ю чи бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи;

3.2.3. захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (безпосередня участь у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, так і цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин), а також із ризиком, невластивим щоденній життєвій та професійній діяльності, заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, бобслеєм, автоталі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

3.2.4. події не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

3.2.5. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння);

3.2.6. випадки, що сталися у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, а також захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок перерахованих вище станів;

3.2.7. медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії договору. У даному випадку Страховик організовує та фінансує придбання медикаментів виключно на період, що залишився до закінчення дії договору (якщо упаковка медикаментів дозволяє це зробити);

- 3.2.8. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет договору (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання договору) або про факт настання страхового випадку;
- 3.2.9. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 3.2.10. отримання послуг, лікування, медичних препаратів, що не були призначені письмово та засвідчені лікарями медичних закладів як розумні та необхідні заходи;
- 3.2.11. надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів поліції, носіння зброї, довідок у басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
- 3.2.12. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 3.3. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:**
- 3.3.1. вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (генні, геномні, хромосомні);
- 3.3.2. психічні захворювання, психопатії, психологічні проблеми, психосоматика, порушення мови, розлади сну, астеничні та депресивні стани, неврози, неврастенії, порушення мови;
- 3.3.3. синдром Паркінсона, хвороба Паркінсона;
- 3.3.4. професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженої установи;
- 3.3.5. гельмінтози та паразитарні захворювання;
- 3.3.6. вірусний імунодефіцит людини (ВІЛ), в тому числі синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та інші імунодефіцитні стани та всі асоційовані з ними захворювання;
- 3.3.7. захворювання імунної системи;
- 3.3.8. короста, педикульоз, контагіозний моллюск;
- 3.3.9. безплідність (чоловіча, жіноча), клімакс, порушення оваріально-менструального циклу, синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників, передменструальний синдром, порушення гормонального стану (гіперпролактинемія, гіперандрогенія, інші), еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;
- 3.3.10. епілепсія;
- 3.3.11. кардіоміопатії;
- 3.3.12. особливо небезпечні захворювання (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), в тому числі лікування COVID-19;
- 3.3.13. променева та кесонна хвороба;
- 3.3.14. вірусні гепатити В, С, D, E, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки;
- 3.3.15. злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі захворювання крові та кровотворних органів;
- 3.3.16. вагітність та пологи;
- 3.3.17. мігрень, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах ризику «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;
- 3.3.18. вегето-судинна та нейро-циркуляторна дистонія, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах ризику «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;
- 3.3.19. аутоімунні захворювання, ревматизм, системні захворювання сполучної тканини, артропатії, спондилопатії;
- 3.3.20. ревматоїдний артрит, ювенільний ревматоїдний артрит;
- 3.3.21. системні атрофії, що вражають переважно центральну нервову систему;
- 3.3.22. демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, аміотрофії, міотонії, міастенії, синдром Гейнера та синдром Гейнера-Вольфа;
- 3.3.23. захворювання, пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез; порушення кальцієвого, фосфорного обміну, інші);
- 3.3.24. енцефалопатія будь-якого генезу;
- 3.3.25. захворювання чи стан здоров'я, що є причиною для встановлення III групи інвалідності (зазначений у відповідних документах, зокрема Акті огляду медико-соціальної експертної комісії);
- 3.3.26. будь-якого захворювання чи травми Застрахованої особи, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії даного договору страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання Застрахованої особи.
- 3.4. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг з діагностики та лікування наступних захворювань та станів з моменту встановлення остаточного діагнозу:**
- 3.4.1. захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою;
- 3.1.1. кістозні утворення будь-яких органів чи локалізації;

- 3.4.2. ендометріоз, гіперплазія, ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія шийки матки, ектропіон, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 3.4.3. мастопатія будь-якої форми;
- 3.4.4. хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, туберкульоз, захворювання щитоподібної залози;
- 3.4.5. захворювання суглобів кінцівок та хребта (в тому числі і їх наслідків): вікові та дегенеративно-дистрофічні захворювання, артрози, нестабільність суглобів, проведення планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст; терапевтичне лікування проводиться лише у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення, але не довше 14 днів з моменту початку лікування;
- 3.4.6. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, окрім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз), геморой, окрім гострих станів (тромбоз гемороїдальних вен, гемороїдальні кровотечі), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 3.4.7. синдром хронічної втоми;
- 3.4.8. хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт;
- 3.4.9. саркоїдоз.
- 3.5. Виключення / обмеження на медичні послуги, в т.ч. методи лікування та діагностику, товари, обладнання:**
- 3.5.1. медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;
- 3.5.2. витрати на планове видалення металоконструкцій, встановлених не в період неперервної дії договорів страхування в АТ СК «ІНГО»;
- 3.5.3. застосування екстракорпоральних методів лікування:
- а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмодіфільтрація, окрім лікування станів, що загрожують життю;
- б) озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо - судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інше;
- 3.5.4. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини, гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, діагностика по Фоллю, гірудотерапія, склеротерапія, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування та інше;
- 3.5.5. косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в т.ч. планова септопластика та герніопластика), окрім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показниками або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні, операції на серці та судинах та лікування ускладнень, пов'язаних із ними, за винятком випадків, пов'язаних із відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії договору;
- 3.5.6. кріотерапія, кріомасаж;
- 3.5.7. лікування келоїдних рубців; зміна ваги, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;
- 3.5.8. трансплантація органів та тканин (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), будь-яке протезування, ендопротезування;
- 3.5.9. планові операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), оперативні втручання на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця;
- 3.5.10. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, генетика;
- 3.5.11. нанесення напилення, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;
- 3.5.12. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;
- 3.5.13. шинування зубного ряду;
- 3.5.14. альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
- 3.5.15. будь-які планові медичні послуги та медикаментозне забезпечення, якщо лікування було заплановане та рекомендоване до початку дії договору страхування;
- 3.5.16. відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату, реабілітаційне лікування, окрім кінезіотерапії (ЛФК) в межах витрат на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих;

- 3.5.17. лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 14 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні та інші препарати), застосування препаратів аналогів гонадотропін-релізинг гормону (золадекс, диферелін тощо);
- 3.5.18. оперативні втручання не за медичними показаннями;
- 3.5.19. діагностика алергії, в тому числі проведення алергопроб;
- 3.5.20. послуги, які не передбачені Програмою страхування або не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі;
- 3.5.21. послуги, які були отримані без погодження із Спеціалізованою службою Страховика в медичних закладах, з якими Страховик не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;
- 3.5.22. проба Манту (туберкулінодіагностика);
- 3.5.23. генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;
- 3.5.24. вироби медичного призначення (медичні вироби): медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, у тому числі призначені з метою заміни та/або коригування функцій уражених органів, інструменти, артроскопічні набори, стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, електроди, ріжучі петлі, імпланти, набори для металоостеосинтезу, окрім контактних лінз у межах витрат на опцію «офтальмологія» та пролінової сітки для ургентної герніопластики та медичних виробів, передбачених програмою страхування;
- 3.5.25. штучне запліднення, стерилізація, контрацепція, проведення тестів на вагітність, проведення абортів, придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);
- 3.5.26. медичні препарати та засоби, що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (харчові домішки та біологічно активні добавки);
- 3.5.27. засоби особистої гігієни, косметичні засоби (креми, лосьйони тощо).
- 3.6. Якщо інше не передбачено Програмою страхування, Страховик не забезпечує організацію надання та оплату медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:**
- 3.6.1. класичні венеричні захворювання згідно з класифікацією ВООЗ;
- 3.6.2. інфекції, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірус, гарднерельоз, лептотрікс та інші;
- 3.6.3. хронічні TORCH-інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу) та інфекція Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний моноклеоз);
- 3.6.4. запальні захворювання сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в пп.3.6.2. та пп.3.6.3., до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
- 3.6.5. захворювання шкіри та придатків шкіри (вугрова хвороба та вугровий висип, демодекоз, мікози, оніхомікози, псоріаз, екземи, atopічний дерматит, себорея будь-якого типу, ламкість та випадіння волосся, алопеція, вітиліго, розацеа, оніходистрофія), порушення потовиділення;
- 3.6.6. доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, включаючи доброякісні новоутворення шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ураження або запалення шкіри або підшкірної клітковини);
- 3.6.7. хронічні хвороби в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 3.6.8. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
- 3.6.9. короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), астигматизм, катаракта, глаукома, астенія, косинокість, «комп'ютерний зоровий синдром», синдром «сухого ока», інші порушення функції зору, кератоконус, халязіон (окрім випадків запалення);
- 3.6.10. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;
- 3.6.11. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах, але не більше двох загострень одного захворювання впродовж строку дії договору;
- 3.6.12. витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 3.6.13. витрати на лікарські засоби, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 3.6.14. хондротин сульфат (M01A X25);

- 3.6.15. глікозамін і хондроїтин сульфат (M01A X55**);
 - 3.6.16. інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату (M09);
 - 3.6.17. бісфосфонати (M05B A);
 - 3.6.18. інгібітори фактору некрозу пухлин альфа (L04AB);
 - 3.6.19. антинеопластичні засоби (L01);
 - 3.6.20. гіполіпідемічні засоби (C10);
 - 3.6.21. інші психостимулюючі і ноотропні засоби (N06B X);
 - 3.6.22. інші засоби, що застосовуються при деменції (N06D X);
 - 3.6.23. антитромботичні засоби (B01);
 - 3.6.24. аналоги гонадотропін-релізінг гормону (L02A E);
 - 3.6.25. імуностимулятори (L03);
 - 3.6.26. засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів (G04B C);
 - 3.6.27. кислота урсодезоксихолева (A05A A02);
 - 3.6.28. антигомотоксична терапія;
 - 3.6.29. витрати на лікарські засоби у складі схеми лікування, що необхідні для профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі, в т.ч. пробіотики, пребіотики, еубіотики, протигрибкові препарати, гепатопротектори, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, бактеріофаги;
 - 3.6.30. витрати на лікарські засоби для лікування дерматитів строком більше, як 30 днів, але не більше двох випадків лікування впродовж строку дії договору;
 - 3.6.31. специфічна імунотерапія алергічних захворювань;
 - 3.6.32. витрати на дерматокосметологічні процедури: видалення бородавок, папілом, ліпом, атером та інших новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, корекція рубців, лікування вугрового висипу з медикаментозним забезпеченням та фізіопроцедурами;
 - 3.6.33. захворювання або загострення хронічного захворювання внаслідок інфікування вірусом COVID-19 в амбулаторних чи стаціонарних умовах.
- 3.7. Інші стани та обмеження, щодо яких Страховик не здійснює організацію та оплату послуг:**
- 3.7.1. транспортування в Медичний заклад при організації медичної допомоги в плановому порядку та стоматологічній допомозі;
 - 3.7.2. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах та інших подібних закладах;
 - 3.7.3. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом за виключенням важких випадків у пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом;
 - 3.7.4. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
 - 3.7.5. оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару;
 - 3.7.6. організація та оплата індивідуального сестринського поста, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
 - 3.7.7. повторні медичні обстеження, в т.ч. альтернативні консультації Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);
 - 3.7.8. вагітність в результаті екстракорпорального запліднення;
 - 3.7.9. консультації лікарів поза робочим графіком;
 - 3.7.10. використання договору страхування особою, яка не є власником договору страхування, з метою отримання медичних послуг;
 - 3.7.11. недотримання Застрахованою особою порядку дій при настанні страхового випадку, передбаченого п.б. Умов страхування та режиму Медичного закладу, призначеного лікування без поважних на це причин;
 - 3.7.12. надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відшкодування вартості самостійно оплачених послуг, медикаментів, товарів медичного призначення та витрат на благодійну допомогу або в якості благодійного внеску.

4. УМОВИ НАБРАННЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 4.1. Договір набуває чинності з 00.00 год. дня, наступного за днем надходження страхової премії на рахунок Страховика, але не раніше дати початку строку дії, зазначеної договором.
- 4.1.1. У разі несплати Страхового платежу або його частини в строк, встановлений в пункті 4.5. Договору, відповідальність Страховика призупиняється до дати погашення заборгованості плюс один робочий день. При цьому період, за який був несплачений Страховий платіж, зараховується в Строк дії Договору страхування. В період призупинення відповідальності Страховика за Договором, Асистуючі послуги надаються Застрахованим особам тільки за умови оплати вартості медичних послуг самою Застрахованою особою, без подальшого Страхового відшкодування її витрат.

4.2. Протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати початку строку дії, зазначеної договором, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, визнаних страховими випадками, за цим Договором, лише за ризиком: **С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)**.

4.2.1. З 16 (шістнадцятого) календарного дня дії цього договору страхування Страховик несе зобов'язання у повному обсязі щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за цим договором, за всіма опціями обраної Програми страхування та додатковими опціями.

4.2.2. Вказане термінове обмеження при пролонгації договору страхування не застосовується.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Права і обов'язки Сторін визначені Розділом 3 Загальних умов.

5.2. Дії або бездіяльність Застрахованої особи несуть за собою такі ж самі наслідки, як і дії або бездіяльність Страхувальника.

6. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. При настанні випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим випадком, Застрахована особа повинна звернутися до Спеціалізованої служби Страховика за багатоканальними номерами:

У випадках, що вимагають невідкладної допомоги	0800-218-668
В інших випадках	0800-214-003, 067-214-00-03, 050-119-01-40

6.1.1. Функції Спеціалізованої служби Страховика - організація необхідної медичної допомоги Застрахованій особі. При цьому організація таких послуг здійснюється в Медичній мережі «Добробут», з якими у Страховика є договірні відносини та які передбачені умовами договору страхування.

6.1.2. Спеціалізована служба Страховика не приймає заяви про настання випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим, та не здійснює організацію необхідної медичної допомоги Застрахованій особі за такою заявою, якщо Страхувальником/Застрахованою особою подано Заяву про дострокове припинення дії договору страхування (п.4.2. Загальних умов).

6.2. В екстрених випадках Застрахована особа госпіталізується лікарями невідкладної медичної допомоги в рекомендовану ними Медичний заклад Медичної мережі «Добробут», яка при наявності відповідних відділень та місць може надати необхідну медичну допомогу за профілем.

6.3. При відвідуванні медичної установи необхідно мати при собі документ, що засвідчує особу.

7. ПРОЦЕДУРИ, ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ТА ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ ТА СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

7.1. Страховик здійснює страхову виплату оплачуючи вартість послуг з Медичного обслуговування, пов'язані з Страховими ризиками, що перераховані у Договорі, в обсязі, що зазначений у Програмі страхування.

7.2. Страховик оплачує вартість медичної допомоги, товарів медичного призначення та лікарських засобів:

- Медичному закладу Медичної мережі «Добробут», якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа звернулася до Спеціалізованої служби Страховика, а спеціалізована служба здійснила організацію надання медичної допомоги.

7.3. Послуги, що не передбачені Програмою страхування, та/або не надаються Медичною мережею «Добробут» Застрахована особа оплачує самостійно та без подальшої компенсації Страховиком.

7.4. Призначені лікарем лікарські засоби Застрахована особа отримує за рецептами або на основі заяви, направленої Страховиком у аптеку мережі аптечних закладів Медичної мережі «Добробут».

7.5. Умовами цього Договору страхування не передбачено здійснення Страхового відшкодування Застрахованій особі.

7.6. Підстави відмови у Страховій виплаті вказані у Розділі 8 Загальних умов.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО ДОГОВОРУ, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

8.1. Зміни до Договору, дострокового припинення чи розірвання вносяться відповідно до Розділу 4 Загальних умов.

8.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому фактично сплачену страхову премію за невикористаний період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування від Страхової премії за невикористаний період, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника

обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування вказаний у пункту 7.8. Договору страхування.

8.3. У випадку дострокового припинення Договору за вимогою Страховика, крім п. 8.4., Страховик повертає Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю.

8.4. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Загальних умов, то Страховик повертає йому фактично сплачену Страхову премію за невикористаний період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування за невикористаний період, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування вказаний у пункту 7.8. Договору страхування.

9. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ І ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

9.1. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

9.2. За несвоєчасне виконання грошових зобов'язань за Договором страхування винна сторона виплачує іншій стороні пеню у розмірі, подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочення платежу, але не більше **10% (десяти відсотків)** розміру простроченої виплати.

9.2.1. у випадку, якщо прострочення з оплати Страхової премії відбулося з вини Страховика (несвоєчасно виставлений рахунок), Страхова премія вважається оплаченою вчасно, а Страхувальник звільняється від обов'язку сплатити пеню;

9.3. Всі суперечки, що можуть виникнути при виконанні даного Договору, Сторони будуть намагатися вирішити шляхом переговорів, відповідно до Розділу 11 Загальних умов. Неурегульовані суперечки передаються до суду відповідно до законодавства України.

10. ФОРС-МАЖОР

10.1. Сторони звільняються повністю або частково від своїх зобов'язань за договором, якщо їх невиконання є наслідком форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини (наприклад, стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (громадські хвилювання, страйки тощо)).

10.2. Сторона, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно сповістити іншу про настання та припинення дії таких обставин.

10.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується компетентними органами державної влади та іншими структурами, що мають відповідні повноваження.

11. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

11.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію про:

- діяльність Сторін договору та фінансові умови договору;
- захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування Застрахованої особи.

11.2. Сторони приймають всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків, передбачених законодавством України).

11.3. Страхувальник підписанням Договору звільняє Медичні заклади та інші установи або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги) від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно Застрахованих осіб перед Страховиком.

11.4. Страхувальник підписанням Договору надає дозвіл Страховику ознайомлювати із умовами даного Договору осіб, відносно яких Застраховані особи укладають страхові сертифікати.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

12.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі страхування, регулюється Загальними умовами та діючим законодавством.

12.2. По всіх питаннях, що стосуються Договору страхування і не відображені у ньому, Сторони керуються положеннями Загальних умов та чинного законодавства України. У випадку виникнення

протиріч між положеннями Загальних умов та цього Договору страхування пріоритет має цей Договір страхування.

12.3. Підписуючи цей договір, Страхувальник підтверджує, що Страховик надав усю необхідну інформацію щодо надання Страховиком послуг із страхування та вартості цих послуг.

12.4. Договір страхування складено та підписано в двох примірниках українською мовою, кожен з яких підписаний Сторонами, по одному примірнику для кожної зі Сторін. Кожен з примірників має однакову юридичну силу.

12.5. Усі поточні факсові та електронні копії Заяв на страхування, Анкет про стан здоров'я та іншої документації, що має відношення до договору (із наступною передачею оригіналів даних документів за запитом Страховика) мають чинність оригіналу.

12.6. Після підписання договору всі попередні комерційні пропозиції, листування та/або протоколи про наміри з питань стосовно Договору втрачають юридичну силу.

12.7. На виконання ст. 6, 10, 11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник/Застрахована особа, як суб'єкт персональних даних, надає дозвіл на обробку своїх персональних даних відповідно до мети їх обробки згідно із Законом України «Про страхування», а також на поширення та внесення змін до персональних даних за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними. Страхувальник/Застрахована особа підтверджує, що належним чином повідомлена про свої права, передбачені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

12.8. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України

12.9. Страховик є платником податку на прибуток відповідно до умов, визначених у Розділі III «Податок на прибуток підприємства» Податкового кодексу України. Сплата всіх податків, що витікають для Страхувальника в зв'язку з виконанням Договору страхування, є обов'язком останнього.

12.10. На виконання ст. 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національний Банк України

Для подання письмових звернень: вул. Інститутська, 11-Б, м.Київ-8, 01601

тел: 0 800 505 240. Форма електронного звернення: nbu@bank.gov.ua

Управління захисту споживачів ГУ Держспродспоживслужби в м. Києві

м. Київ, вул. Івана Драча, 10/8

тел./факс: (044) 486-54-86, (044) 486-40-27.

12.11.Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен ingo.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору та при врегулюванні страхової події з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису; копій документів (за поданням оригіналів у термін не пізніше закінчення дії Договору).

12.12.Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені:

- на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні договору страхування;
- смс повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору;
- рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору;
- факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання;
- кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;
- службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно умов даного Договору, заяви на страхування;
- аудіозвернень до Контакт-Центру Страховика та звернень представників Контакт-Центру до Страхувальника;
- шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних первинних документів, з використанням електронного простого підпису фізичної особи. Інформація щодо Порядку доступу та посилання на сервіс обміну та підписання електронних первинних документів, надається Страхувальнику Контакт центром за телефонами, вказаними в Сертифікаті;
- копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках погоджених Сторонами з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.

12.13.Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії.