



ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «МІСТО»
21050, Україна, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25, Головний офіс
п/р 26505642264850 в АТ «УкрСиббанк», МФО 351005
код ЄДРПОУ 33295475 тел./ф (0432) 508-108, info@ic-misto.com.ua

0 800 21 11 18

Служба підтримки
дзвінки зі стаціонарних та мобільних
телефонів безкоштовні в межах України

**ДОГОВІР
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я (ПРИЄДНАННЯ))
№ 108/000238**

Місце укладання м. Вінниця

Дата пропозиції укласти договір **02 липня 2018 р.**

Цей Договір добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)) (надалі-Договір або Договір страхування) укладено відповідно до Закону України «Про страхування» на підставі ліцензії Страховика серія АВ № 584179, виданої Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України 25.05.2011 року, на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я), зареєстрованих Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг 21.05.2013р., реєстраційний №0613149 (зі змінами (надалі – Правила)).

1. СТОРОНИ ДОГОВОРУ

1.1. СТРАХОВИК

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто», в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, який діє на підставі Статуту.

1.2. СТРАХУВАЛЬНИК

Дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цього Договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Заяву-приєднання до цього Договору та сплативши страховий платіж, і яка таким приєднанням укладає Договір на користь себе або членів своєї родини (чоловік/дружина, діти).

1.3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

Фізична особа про страхування якої укладено Догові визначена в Заяві-приєднання, яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з умов Договору. У випадку, якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.

2. ТЕРМІНОЛОГІЯ

2.1. **Договір страхування** - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (надати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

2.2. **Сервісна картка** - картка, що видається Застрахованій особі при укладанні Договору страхування, та містить довідкову інформацію, зокрема координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку. Сервісна картка є додатком до цього Договору та є його невід'ємною частиною.

2.3. **Страховик** - це юридична особа, яка згідно з договором страхування або відповідною нормою закону бере на себе зобов'язання за визначену винагороду відшкодувати страхувальнику або іншій застрахованій особі шкоду, що виникла в разі настання певної події (страхових випадків). Згідно умов цього Договору Страховик – ПрАТ «СК «Місто».

2.4. **Представник Страховика** – юридична особа або фізична особа, яка за дорученням та/або за рахунок коштів Страховика при настанні страхового випадку здійснює організацію надання та оплати медичної допомоги Застрахованій особі.

2.5. **Страхувальник** – фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

2.6. **Застрахована особа** – фізична особа, про страхування якої укладено Договір, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав Договір на свою користь, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.7. **Вигодонабувач** - медичний або інший заклад, який надав послуги Застрахованій особі згідно договору про співробітництво зі Страховиком, та/або постачальник (и) лікарських засобів та виробів медичного призначення, та/або Страхувальник/Застрахована особа у разі самостійної оплати медичних послуг на умовах передбачених цим Договором. У разі, якщо Застрахована особа на момент подання документів або отримання виплати є недієздатною або померла – Вигодонабувач визначається згідно чинного законодавства.

2.8. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

2.9. **Ліміт страхової суми** - обмеження страхової суми за окремими страховими випадками, видами медичної допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування, та/або за окремими нозологіями, що встановлюється у Договорі страхування, Програмі страхування.

2.10. **Програма страхування** – Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), яка включає перелік медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

2.11. **Каренція** – період, що починається з дати набрання чинності Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором/Програмою страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу надання медичної допомоги та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

2.12. **Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов договору страхування.

2.13. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.14. **Норматив на ведення справи** – норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 30% від страхового платежу.

2.15. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.16. **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.

2.17. **Стан здоров'я** - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає лікар та яка підтверджується медичною документацією.

2.18. **Нозологія (хвороба, захворювання)** – (від грецького νόσος – хвороба та ..логія; буквально – вчення про хворобу). В сучасній медичній літературі термін «нозологія» («нозологічна одиниця») вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

2.19. **Захворювання** - погіршення фізичного та/або психічного стану, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованих медичних послуг.

2.20. **Попередній діагноз** - діагноз, що формулюється безпосередньо при зверненні Застрахованої особи за медичною допомогою на підставі даних, отриманих до початку систематичного обстеження особи. Попередній діагноз необхідний для розробки плану обстеження і початкових етапів лікування.

2.21. **Гостре захворювання** - захворювання, що виникло несподівано серед повного здоров'я, не пов'язане із наявним хронічним захворюванням та причини якого ніяк не пов'язані із медичним станом, що існував до моменту Захворювання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує 6 місяців і потребує негайної медичної допомоги

2.22. **Загострення хронічного захворювання** - посилення патологічних проявів наявного захворювання (без виникнення нового захворювання), яке має характерні симптоми і потребує негайної медичної допомоги.

2.23. **Хронічне захворювання в стадії ремісії** - захворювання, тривалість якого перевищує 6 місяців від моменту ймовірного початку захворювання, а симптоми не підлягають повному і остаточному лікуванню. Хронічне захворювання в стадії ремісії характеризується відсутністю потреби надання негайної допомоги.

2.24. **Нещасний випадок** - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачена та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія (у тому числі протиправні дії третіх осіб), що фактично відбулась і призвела до смерті, тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, а саме: травматичні ушкодження тканин і органів організму з порушенням їхньої цілісності та функцій, деформацією або порушенням опорно-рухового апарату, спричиненими зовнішнім впливом (травми); поранення; анафілактичний шок; асфіксія внаслідок випадкового потрапляння в дихальні шляхи чужорідного тіла або рідини; утоплення; ураження блискавкою, електричним струмом; тепловий удар; опіки (крім сонячних); обмороження; перегрівання; переохолодження; укуси тварин, комах, змій і т. ін.; випадкове отруєння газами, промисловими та побутовими хімічними речовинами, отруйними рослинами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком інфекційних хвороб); задусення; травми, отримані у процесі руху транспортних засобів в результаті їх аварії, при користуванні машинами, інструментами, механізмами, знаряддями праці; захворювання на сказ, правець, ботулізм, малярію, кліщовий енцефаліт, поліомієліт, гематогенний остеомієліт; інші раптові, випадкові, короткочасні, непередбачені та незалежні від волі Застрахованої особи, наслідками яких є розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи.

2.25. **Медична (лікувально-профілактична) допомога** - медична послуга чи комплекс медичних послуг, що надаються медичними працівниками з використанням професійних знань, навичок та вимог відповідних державних соціальних стандартів, і спрямовані на забезпечення профілактики захворювань, травм, отруєнь, обстеження стану здоров'я людини, діагностики, лікування, догляду і реабілітації у зв'язку із захворюваннями чи іншими розладами здоров'я, вагітністю та пологами.

2.26. **Медичні послуги** - послуги, що надаються медичними працівниками та іншими відповідними кваліфікованими фахівцями, фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни,

призначені лікарем для надання медичної допомоги, з метою збереження та врятування життя, відновлення та поліпшення здоров'я людини, які є ідентифікованими елементами медичної допомоги.

2.27. Медичні заклади – суб'єкти господарської діяльності (юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, а також фізичні особи, зареєстровані у встановленому законодавством порядку як суб'єкти підприємницької діяльності), які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну, оздоровчу) допомогу та послуги опікування.

2.28. Медичний персонал - особи, які мають відповідну освіту, і які мають право займатись медичною практикою, надавати медичну допомогу відповідно до рівня своєї кваліфікації згідно із законодавством.

2.29. Невідкладна (швидка) медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі виїзною загально-профільною або спеціалізованою бригадою швидкої допомоги або медичним закладом, коли існує загроза її життю і здоров'ю.

2.30. Невідкладна стоматологічна допомога - медична допомога при гострому захворюванні або загостренні хронічного захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямована на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

2.31. Амбулаторна медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у Медичному закладі у разі її самостійного відвідування Медичного закладу, а також медична допомога, яку Застрахована особа отримує поза межами Медичного закладу із залученням Медичного персоналу, що періодично відвідує Застраховану особу.

2.32. Планове лікування захворювання (планове хірургічне втручання) – етап лікування хронічного захворювання при якому стан здоров'я Застрахованої особи дозволяє перенесення потреби лікування даного захворювання з медичної точки зору на термін більше 6 місяців з моменту виявлення.

2.33. Стаціонар - розміщення Застрахованої особи в якості пацієнта в установу, що має відповідну ліцензію на медичну практику або що є лікувально-профілактичною установою, з метою надання їй стаціонарної медичної допомоги (у тому числі у відділенні денного стаціонару).

2.34. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як страховий випадок.

2.35. Страховий акт - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку та є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку.

2.36. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку. Страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги, що надана медичним закладом Застрахованій особі за Договором страхування.

2.37. Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Програмою страхування. При наявності франшизи у Програмі страхування, Застрахована особа зобов'язана самостійно сплатити медичному закладу/постачальнику лікарських засобів відповідну частину вартості медичної послуги.

3. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

3.1. Текст цього Договору підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України.

Перед укладенням Договору, Страхувальник самостійно ознайомлюється з умовами цього Договору (Офертою) на веб-сторінці Страховика за адресою: <http://ic-misto.com.ua/106i.html> або у офісі Страховика (21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25).

3.2. У відповідності до статей 207, 634, 981 Цивільного кодексу України, безумовним прийняттям (акцептом) умов даного Договору Страхувальником вважається заповнення та підписання ним письмової Заяви-приєднання, зразок якої міститься в Додатку № 1 до Договору, а також сплата страхового платежу на поточний рахунок Страховика.

Виконання Страхувальником зазначених дій означає прийняття ним усіх умов даного Договору. Договір, який складається з Оферти та Заяви-приєднання, вважається укладеним у спрощений спосіб у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України, та вважається таким, що укладений в письмовій формі.

3.3. **Заява – приєднання оформлюється на бланку Страховика в двох екземплярах з унікальним номером, який відповідає номеру страхового полісу (сертифікату).** Один примірник Заяви-приєднання зберігається у Страховика на підтвердження укладення Договору, інший примірник залишається у Страхувальника.

3.4. **Підписанням Заяви-приєднання Страхувальник:**

- підтверджує, що з Правилами та умовами страхування ознайомлений та згоден;

- надає згоду та право Страховику, безстроково, відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до вимог законодавства, становить персональні дані Страхувальника/Застрахованої особи (включаючи інформацію медичного характеру) з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику

законодавством або договором, забезпечення реалізації податкових відносин, відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Використання і поширення інформації, що становить персональні дані, здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов цього Договору та/або захисту її інтересів;

- надає згоду на отримання від ПрАТ «СК «Місто» інформаційних SMS повідомлень;

- підтверджує, що до укладення цього Договору йому було доведено до відома інформацію, передбачену статтею 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12 липня 2001 року N 2664-III (із змінами), зміст вказаної інформації йому зрозумілий. Надана інформація є доступною на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, фінансових розрахунків, оподаткування, механізмів захисту фінансовою установою прав споживачів, порядку урегулювання спірних питань, реквізитів органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг, а також реквізитів органів з питань захисту прав споживачів;

- надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника, Вигодонабувача (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації повідомлень про подію, що має ознаки страхового випадку.

3.5. Страховик зобов'язаний оформити та видати Страхувальнику Сервісну картку, за якою буде здійснюватися організація надання медичних послуг Застрахованій особі протягом 5 (п'яти) робочих днів після реєстрації отриманої Заяви-приєднання Страховиком, та погодження Страховиком прийняття особи на страхування.

3.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття особи на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття особи на страхування є ненадання Страховиком Страхувальнику Сервісної картки та не підписання Страховиком Заяви-приєднання.

3.7. Сервісна картка не може використовуватися іншими особами з метою отримання медичних послуг.

3.8. У випадку втрати картки, для її анулювання, Страхувальник зобов'язаний негайно сповістити про це Страховика. Втрачена картка вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

4.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначені Страхувальником у Договорі за згодою Застрахованої особи.

4.2. Застрахованими особами по цьому Договору можуть бути дієздатні особи віком від **18** років до **65** років включно. Якщо, на момент укладення Договору, вік Застрахованої особи перевищує 65 років, то вона може бути застрахована Страховиком на спеціальних умовах.

4.3. Якщо Страхувальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ

5.1. Страхова сума за цим Договором встановлюється в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування та вказується в Заяві-приєднання та в Додатку №2 даного Договору.

5.2. Страховий платіж за цим Договором встановлюється в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування та вказується в Заяві-приєднання та в Додатку №2 даного Договору.

5.3. Страховий тариф встановлюється в залежності від обраної Страхувальником Програми страхування та вказано в Додатку № 2 даного Договору.

6. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

6.1. Страховий платіж сплачується щомісячно 12 рівними частинами.

6.2. Страхувальник має право сплачувати страховий платіж відразу за декілька періодів страхування. У випадку, якщо Страховику будуть перераховані від Страхувальника грошові кошти в розмірі декількох щомісячних платежів, такі платежі враховуються Страховиком як оплата за кожен період страхування відповідно.

6.3. Дата сплати першої частини страхового платежу вказана в Заяві-приєднання.

6.4. Наступна щомісячна частина страхового платежу сплачується Страхувальником не пізніше 2 (двох) робочих днів з дати, що співпадає щомісяця з датою сплати першої частини страхового платежу, надалі – **звітна дата**. У випадку відсутності такого дня в поточному місяці – в останній робочий день місяця, у випадку, якщо такий день припадає на святковий, вихідний або неробочий день – у останній робочий день, який передє звітної дати.

6.5. У випадку несплати Страхувальником першої частини страхового платежу в повному розмірі у визначений строк, цей Договір вважається таким, що не укладений.

6.6. У випадку якщо протягом строку дії Договору Застрахована особа вичерпала кількість звернень з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Програмою страхування, а річний страховий платіж по Договору сплачений не повністю, Страхувальник зобов'язаний сплатити його протягом 10 календарних днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховиком. При цьому вимога пред'являється Страховиком Страхувальнику в усній, письмовій чи іншій формі (факсом, телефоном, електронною поштою тощо) на вибір Страховика.

6.7. Страхові платежі сплачуються Страхувальником на поточний рахунок Страховика.

7. СТРОК ТА УМОВИ ДІЇ ДОГОВОРУ

7.1. Строк дії Договору становить **365 календарних днів** починаючи з дня набрання ним чинності у відповідності до п. 7.2. Договору.

7.2. Договір набуває чинності з дати реєстрації Заяви-приєднання Страховиком в журналі реєстрації. Дата реєстрації Заяви-приєднання та її вхідний номер вказується Страховиком у відповідному полі Заяви-приєднання.

7.3. Строк дії Договору встановлений в п.7.1. Договору, та поділений на 12 періодів страхування.

7.4. **Період страхування** – це проміжок часу, що становить один місяць, починаючи з дати набрання чинності Договору по аналогічну дату наступного календарного місяця (у випадку відсутності такого дня в поточному місяці по останній день місяця), протягом якого Страховик несе зобов'язання за Договором, за умови сплати Страхувальником чергових щомісячних сум страхових платежів у повному обсязі та у строки, зазначені у п. 6.4. Договору.

7.5. У випадку якщо Страхувальник не сплатив чергову суму щомісячного страхового платежу, в строк передбачений п. 6.4. Договору, дія страхового захисту (відповідальність Страховика) у цей період страхування не наступає. Страховик не здійснює страхові виплати по будь-яким випадкам, що трапилися в період страхування, який не був оплачений, а такі випадки не вважаються страховими.

7.6. У випадку якщо під час дії періоду страхування, за який не було сплачено страховий платіж, Страховику будуть перераховані від Страхувальника грошові кошти в розмірі щомісячного страхового платежу, такий платіж враховується Страховиком як оплата за наступний період страхування.

7.7. У разі несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені цим Договором строки, Страховик виставляє Страхувальнику вимогу на сплату. Якщо черговий страховий платіж не був сплачений протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику: Договір страхування вважається достроково припиненим.

7.8. Договором передбачений період каренції, що становить **5 (п'ять) робочих днів**.

8. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ

8.1. **Місцем дії Договору є територія України** (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).

8.2. Страховий захист діє **цілодобово**.

9. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

9.1. Страховим ризиком є звернення Застрахованої особи з приводу отримання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги, необхідність у якій виникає у зв'язку **гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання чи нещасним випадком**.

9.2. **Страховим випадком за цим Договором є:**

9.2.1. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до зазначеного у Договорі медичного закладу у зв'язку із станом її здоров'я, що потребує медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу;

9.2.2. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до уповноваженого Представника Страховика, у зв'язку із станом здоров'я, що потребує медичної допомоги, відповідно до умов Договору та Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу;

9.2.3. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору за отриманням медичної допомоги відповідно до Програми страхування до інших Медичних закладів, не зазначених у Договорі (у тому числі розташованих в інших регіонах України при необхідності організації невідкладної медичної допомоги), якщо таке звернення було погоджено та/або організовано Страховиком, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу.

9.3. Перелік медичної допомоги, медичних та інших послуг, за надання яких Застрахованій особі, при настанні страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору, а також кількість страхових випадків за якими Страховик здійснює страхову виплату та розмір франшизи (власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті), визначається в Програмі страхування, що є невід'ємною частиною цього Договору та наведена в Додатку №2 Договору.

9.4. Обрана Застрахованою особою Програма страхування зазначається в Заяві-приєднання.

9.5. Перелік медичних закладів, надавачів допомоги, визначено в Додатку № 4 до Договору.

9.6. Послуги, що не передбачені цим Договором та Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

10. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування викладено в Додатку №3 цього Договору.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

ПОРЯДОК І УМОВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

11.1. У разі виникнення необхідності в отриманні медичної допомоги за опціями, що включені до Програми страхування, Застрахована особа зобов'язана особисто або через уповноважену особу, звернутися до Страховика/Представника Страховика зателефонувавши за номером телефону **0 800 21 11 18 (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України)** та/або номером вказаним на Сервісній картці.

11.2. Представник Страховика залучає до роботи по наданню та координації медичних та парамедичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює повноту, своєчасність, якість та адресність надання цих послуг.

11.3. Якщо у Застрахованій особі при настанні страхового випадку не було об'єктивної можливості відразу звернутися до Страховика (необхідність надання екстреної медичної допомоги, непритомний стан), для отримання медичної допомоги Застрахована особа або особи, що її опікують, зобов'язані, зателефонувати за номером **103** та викликати невідкладну (швидку) медичну допомогу. **У випадку невиконання даної вимоги Страховик має право, при здійсненні страхової виплати, застосувати франшизу в розмірі 50%.**

11.4. Якщо у Застрахованій особі при настанні страхового випадку не було об'єктивної можливості відразу звернутися до Страховика (необхідність надання екстреної медичної допомоги, непритомний стан, неможливість зв'язку з Страховиком / Представником Страховика тощо), та без відома Страховика розпочато надання медичних послуг, Застрахована особа або особи, що її опікують, мають протягом **48 годин** з моменту отримання Застрахованою особою таких послуг, повідомити Страховику наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Заяви-приєднання/Сервісної картки;
- Програму страхування;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на вимогу Страховика або уповноваженого Представника Страховика.

11.5. При необхідності отримання Застрахованою особою медичних та парамедичних послуг, відповідальність Страховика розпочинається з моменту звернення Застрахованої особи до Страховика та її авторизації (підтвердження особи клієнта) по базі даних Страховика, а також після пред'явлення нею медичному персоналу медичної Сервісної картки та документа, що посвідчує особу Застрахованої особи.

11.6. У разі, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги, за попереднім погодженням зі Страховиком, для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна протягом **30 (тридцяти) календарних днів** від моменту закінчення отримання медичних послуг звернутися до Страховика із письмовою заявою про страхову виплату та надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку, згідно з Розділом 13 цього Договору.

11.7. Витрати за отримані медичні послуги, вказані в п. 11.4. цього Договору, не повинні перевищувати рівень вартостей таких витрат, типових для медичних закладів та приватно практикуючих лікарів, що працюють в даній місцевості, при наданні аналогічних медичних послуг.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. **Страхова виплата**, за надані Застрахованій особі медичні послуги, **здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи** на підставі виставлених Страховику рахунків від Медичних закладів, Представника Страховика тощо.

12.2. **У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг**, за умови попереднього узгодження витрат із Страховиком, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі на підставі заяви на отримання страхової виплати та документів, зазначених в Розділі 13 Договору.

12.3. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом **10 (десяти) робочих днів** після отримання всіх вказаних у Розділі 13 цього Договору документів.

12.4. Страховик може продовжити строк прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати за наявності причин для сумнівів в обґрунтованості (законності) виплати, але, в будь-якому випадку, не більше 60 (шістдесяти) календарних днів з дати отримання усіх вказаних в Розділі 13 цього Договору документів.

12.5. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати отримання всіх необхідних документів.

12.6. **Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цього Договору, можуть бути:**

12.6.1. **Медичний заклад**, що надавав Застрахованій особі передбачену цим Договором медичну допомогу. Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку, за фактом наданих послуг згідно Страхового акту.

12.6.2. **уповноважений Представник Страховика**, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок медичного закладу вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Страхова виплата здійснюється шляхом безготівкового розрахунку, за фактом наданих послуг згідно Страхового акту.

12.6.3. **Застрахована особа**, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку, дотримуючись п. 11.3., п.11.4., п. 11.5. та п. 13.1.10. цього Договору, самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги.

12.7. Якщо треті особи здійснили повну або часткову оплату вартості медичних та парамедичних послуг, отриманих Застрахованою особою під час її захворювання, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі, що складає різницю між повною вартістю медичних та парамедичних послуг та вартістю послуг, що сплачена третіми особами.

12.8. **Якщо Програмою страхування передбачена власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)**, Застрахована особа повинна оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У випадках якщо медичний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи, Страховик має право вимагати від Застрахованої особи провести самостійно повну оплату вартості медичних послуг, лікарських засобів, засобів медичного призначення, для яких передбачена франшиза. В таких

випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування Застрахованій особі витрат на умовах, визначених даним Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Представником Страховика до надання таких послуг.

12.9. Страхова виплата здійснюється протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати підписання страхового акту.

12.10. **Страховик здійснює страхову виплату в межах страхової суми, але не більше:**

- суми, що відповідає вартості фактично наданих Застрахованій особі медичних та парамедичних послуг.
- страхової суми, з вирахуванням всіх здійснених під час терміну дії Договору страхових виплат.
- Ліміту страхової суми згідно Додатку №2 цього Договору.

12.11. Якщо медичні та парамедичні послуги Застрахована особа отримала без погодження зі Страховиком, страхова виплата не здійснюється.

12.12. Якщо в момент настання страхового випадку були чинними Договори медичного страхування відносно Застрахованої особи інших страхових компаній, страхова виплата здійснюється у розмірі, пропорційному співвідношенню страхових сум, вказаних кожною страховою компанією, з урахуванням обмежень, встановлених в п. 12.10. Договору.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

13.1. **У випадку самостійної оплати Застрахованою особою вартості наданої їй медичної допомоги, для отримання страхової виплати, Страховику надаються наступні документи:**

13.1.1. Письмова заява на страхову виплату (за формою, що встановлена Страховиком).

13.1.2. Копія паспорту (1, 2 сторінка та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.1.3. Копія ідентифікаційного номеру / довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера Вигодонабувача та Застрахованої особи.

13.1.4. Медична документація (консультативні висновки, виписка з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування), листи тимчасової непрацездатності або відповідні довідки з медичного закладу.

13.1.5. Рецепти, що підтверджують призначення Застрахованій особі лікарських засобів, виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви, кількості лікарських засобів, дати виписки рецепту, П.І.Б. Застрахованої особи, П.І.Б. лікаря, який виписав рецепт, його підпису та печатки.

13.1.6. Направлення на консультації/обстеження та копії результатів обстежень/досліджень, (якщо такі проводились).

13.1.7. Документи з медичних закладів, з докладним зазначенням об'єму наданих Застрахованій особі медичних послуг / медикаментів (рахунки фактури, акти виконаних робіт, завірені сторонами).

13.1.8. Копії установчих/дозвільних документів від медичного закладу, аптеки: свідоцтво державної реєстрації, витяг/виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, ліцензії, тощо.

13.1.9. Платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Застрахованою особою вартості наданої медичної допомоги/ лікарських засобів, у випадку якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа, за попереднім погодженням із Страховиком, самостійно оплатила вартість медичних послуг.

13.1.10. У разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за наявності), довідка з медичного закладу із зазначенням діагнозу та інформацією про вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього (при необхідності).

13.1.11. Висновки незалежної експертизи (за наявності), результати додаткового медичного обстеження Застрахованої особи, здійсненого на вимогу Страховика.

13.2. Страховик може обґрунтовано запросити у Застрахованої особи/Вигодонабувача додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність таких документів унеможливує встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

13.3. **Документи, що стосуються страхового випадку можуть надаватись Страховику у формі:** оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій, або копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ, або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. **Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:**

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

14.1.2. Подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку.

14.1.3. Несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою про настання страхового випадку або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин і вартості наданої медичної допомоги.

14.1.4. Несвоєчасне надання документів на страхову виплату (понад 30 календарних днів від моменту закінчення отримання медичних послуг).

14.1.5. Отримання медичної допомоги Застрахованою особою без попереднього узгодження з Страховиком, Представником Страховика.

14.1.6. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

14.2. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав відмови у страховій виплаті протягом **10 (десяти) робочих днів** з дати прийняття такого рішення.

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

14.4. У випадку відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати Застрахована особа самостійно сплачує вартість отриманих медичних та/або парамедичних послуг медичному закладу, що надавали такі послуги.

15. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

15.1. Страхувальник має право:

15.1.1. Ознайомитись з Правилами та умовами страхування.

15.1.2. Достроково припинити дію Договору.

15.1.3. Вимагати оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах, передбачених цим Договором.

15.1.4. Отримати дублікат Заяви-приєднання в разі її втрати.

15.2. Застрахована особа має право:

15.2.1. Скористатися правами Страхувальника, передбаченими цим Договором.

15.2.2. Звернутися до Страховика за отриманням медичної допомоги у випадках передбачених цим Договором.

15.2.3. Отримати страхову виплату на умовах цього Договору.

15.2.4. На отримання знижок на медичні та оздоровчі послуги в мережах закладів, що співпрацюють із Страховиком (перелік закладів розміщено на сайті <http://ic-misto.com.ua>).

15.3. Страховик має право:

15.3.1. Достроково припинити дію цього Договору.

15.3.2. За домовленістю із Страхувальником внести зміни до умов даного Договору, про що укладається Додаткова угода.

15.3.3. Вимагати від Страхувальника та Застрахованих осіб виконання умов цього Договору.

15.3.4. Перевіряти повідомлену Страхувальником / Застрахованою особою інформацію.

15.3.5. Отримувати будь-яку інформацію медичного характеру, що стосується страхового випадку, про Застраховану особу від медичного закладу, Представника Страховика або іншої особи, яка надавала Застрахованій особі медичні послуги.

15.3.6. Надсилати запити до компетентних органів (медичних, правоохоронних та інших) про надання інформації (в тому числі конфіденційної відносно Застрахованої особи), необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку.

15.3.7. Запитувати у Страхувальника під час дії цього Договору будь-яку інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку.

15.3.8. Проводити незалежну перевірку обставин страхового випадку.

15.3.9. Відмовити у здійсненні Страхової виплати згідно із умовами цього Договору.

15.3.10. У випадку зміни ступеню страхового ризику (зокрема у випадку зміни курсу доллара, визначеного Національним банком України, більш ніж на 10% від того, який існував станом на 01.01.2018 р.) переглянути та внести зміни до умов Договору, в тому числі щодо розміру страхового тарифу.

15.4. Страхувальник зобов'язаний:

15.4.1. Виконувати умови цього Договору.

15.4.2. При укладанні Договору надати Страховику письмову інформацію про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

15.4.3. Протягом дії Договору в письмовому вигляді інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 2 (двох) робочих днів, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини.

15.4.4. Своєчасно та в повному обсязі сплачувати страховий платіж, обумовлений у цьому Договорі.

15.4.5. Повідомляти Страховика про всі договори добровільного медичного страхування, що діють або укладаються в період дії даного Договору на користь Застрахованих осіб.

15.4.6. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам.

15.5. Застрахована особа зобов'язана:

15.5.1. Виконувати умови даного Договору.

15.5.2. Протягом дії Договору в письмовому вигляді інформувати Страховика про обставини, що можуть змінити ступінь страхового ризику, протягом 2 (двох) робочих днів, з моменту, коли йому стали відомі такі обставини.

15.5.3. При необхідності отримання медичних та парамедичних послуг звертатись до Страховика / Представника Страховика по телефону, що вказаний на особистій Сервісній картці.

15.5.4. При отриманні медичних послуг сумлінно виконувати всі призначення медичного персоналу та Представника Страховика.

15.5.5. При необхідності самостійної сплати вартості отриманих медичних та парамедичних послуг, що координовані або надані медичним закладом, погодити зі Страховиком об'єм та вартість таких послуг до їх оплати.

15.5.6. При зміні адреси місця проживання, контактних телефонів та місця роботи повідомити про це Страховика протягом 10 календарних днів.

15.5.7. Відшкодувати вартість отриманих медичних/парамедичних послуг протягом 10 (десяти) робочих днів, з моменту отримання рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати або з моменту постанови суду про законність такого рішення.

15.6. Страховик зобов'язаний:

15.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

15.6.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

15.6.3. Після одержання усіх необхідних, належним чином оформлених, документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату в терміни, визначені умовами даного Договору. У випадку несвоєчасного здійснення страхової виплати, Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, що обчислюється, виходячи із суми простроченого платежу, у розмірі подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, за кожний день затримки.

15.6.4. Забезпечувати конфіденційність інформації про Страхувальника, Застраховану особу і не розголошувати її за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

16. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

16.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

16.1.1. закінчення терміну дії цього Договору;

16.1.2. смерті Застрахованої особи;

16.1.3. виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі;

16.1.4. якщо Застрахованою особою вичерпано ліміт (кількість) звернень з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Програмою страхування;

16.1.5. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.6. ліквідації Страховика в порядку, установленому чинним законодавством;

16.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

16.2.1. У разі дострокового припинення дії Договору з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає частину сплаченого Страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору та цей факт доведено у суді, Страховик повертає Страхувальнику сплачений страховий платіж повністю.

16.2.2. У разі дострокового припинення дії Договору Страхування з ініціативи Страховика, Страхувальнику повертається повністю сплачений Страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.

16.2.3. Зміни і доповнення до цього Договору здійснюються Страховиком в односторонньому порядку шляхом укладання додаткової угоди чи викладення Договору в новій редакції та набувають чинності з моменту оприлюднення таких змін на офіційному сайті Страховика (<http://ic-misto.com.ua>).

16.2.4. У випадку необхідності внесення змін до Договору Страховик не пізніше ніж за 10 (десять) календарних днів до запропонованої дати внесення таких змін вносить пропозицію на зміну умов Договору із зазначенням дати такої зміни шляхом розміщення відповідного повідомлення на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет за адресою: <http://ic-misto.com.ua/>. В разі, якщо Страхувальник протягом 10 (десяти) календарних днів письмово не звернувся до Страховика за вирішенням розбіжностей стосовно зміни умов Договору, вважається, що пропозиція Страховика відносно зміни умов Договору прийнята Страхувальником відповідно до частини 3 статті 205 Цивільного кодексу України. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність пропозицій Страховика на зміну умов Договору на офіційному сайті Страховика. Сторони погодили, що незгода Страхувальника з пропозицією Страховика на зміну умов Договору є розбіжністю, яка на підставі частини 2 статті 649 Цивільного кодексу України підлягає вирішенню у судовому порядку.

17. ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ

17.1. У разі виникнення у будь-якої із сторін форс-мажорних обставин, дія Договору призупиняється до моменту припинення дії таких обставин.

17.2. Форс-мажорними обставинами вважаються:

17.2.1. стихійні лиха;

17.2.2. різке погіршення екологічної ситуації (радіоактивне чи хімічне забруднення);

17.2.3. громадянська війна, народні хвилювання, страйки;

17.2.4. військові дії будь-якого характеру, тероризм;

17.2.5. конфіскація, націоналізація та інші подібні заходи політичного характеру, що здійснюються за розпорядженням влади;

17.2.6. прийняття нормативно-правових актів, які унеможливають виконання умов Договору.

18. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ТА ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. За невиконання або неналежне виконання умов цього Договору Сторону несуть відповідальність, передбачену чинним законодавством України.

18.2. Спори, що випливають із умов Договору страхування або в зв'язку з ним вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а у випадку недосягнення згоди вирішуються в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

18.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.

18.4. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу.

18.5. У випадку несплати Страхувальником страхового платежу, в порядку передбаченому п. 7.7. Договору, Страхувальник сплачує Страховику штраф у розмірі 1000,00 грн.

19. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

19.1. Договір складається з Договору та Додатків до нього, які є невід'ємною частиною цього Договору:

Додаток №1 - Заява-приєднання. Зразок.

Додаток №2 - Програми добровільного медичного страхування.

Додаток №3 - Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.

Додаток №4 - Перелік медичних закладів.

19.2. У вирішенні всіх питань, не врегульованих Договором, сторони керуються Правилами Страхування, чинним законодавством України.

20. ПІДПИС СТРАХОВИКА

СТРАХОВИК

Назва

Адреса

Телефон

Банківські реквізити

Голова Правління

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»

21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25

(0432) 508-108

п/р 26505642264850 в АТ «УкрСиббанк»,

МФО 351005, ЄДРПОУ 33295475



Крамер Г.Л.



ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ (СТРАХОВИЙ ПОЛІС (СЕРТИФІКАТ))	№	108/000238/_____
--	----------	------------------

Ознайомившись з умовами Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)) № 108/000238, дата пропозиції укласти договір 02.07.2018 р. (далі – Договір або Договір страхування), на офіційному сайті ПрАТ «СК «Місто»/ офісі ПрАТ «СК «Місто», приєднують до умов Договору з такими нижченаведеними персоніфікованими даними.

1. СТРАХУВАЛЬНИК							
Прізвище, ім'я, по батькові							
Дата народження	Ідентифікаційний номер						
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий							
Адреса, телефон, електронна адреса							
Страховальник уклав Договір на свою користь (якщо так, позначте <input checked="" type="checkbox"/> , якщо ні, вкажіть дані Застрахованої особи в п.2. Заяви)	<input type="checkbox"/>						
У випадку, якщо Страховальник уклав Договір на свою користь, він набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з умовами Договору.							
2. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА							
Прізвище, ім'я, по батькові							
Дата народження	Ідентифікаційний номер						
Серія, номер паспорту, коли і ким виданий							
Адреса, телефон							
3. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ (обрану програму позначте <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	«ЛИКИ»	«БАЗОВА»	«СТАНДАРТ»	«СТАНДАРТ-1»	«СТАНДАРТ-2»	«СТАНДАРТ-3»	«ЕЛІТ»
4. СТРАХОВА СУМА, грн.	50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	100 000,00
5. ЗАГАЛЬНИЙ СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, грн.	1 380,00	1 968,00	2 280,00	3 060,00	4 860,00	6 648,00	7 5600,00
6. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ЗА 1 ПЕРІОД СТРАХУВАННЯ, грн.	115,00	164,00	190,00	255,00	405,00	554,00	630,00
6.1. Страховий платіж за перший період страхуванням сплачується Страховальником до				день	місяць	рік	- Звітна дата
6.2. Порядок сплати страхового платежу визначено в Розділі 6 Договору страхування.							
7. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ	365 календарних днів починаючи з дня набрання чинності Договору (п. 7.2. Договору)						
8. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ	Територія України (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької обл., де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).						
9. Сімейний лікар (П.І.Б., місце роботи)							
10. Місце роботи Застрахованої особи (назва підприємства/ П.І.Б. ФОП/ ЄДРПОУ/ ІПН)							

Умови страхування зазначені у Договорі та розміщені на веб-сторінці Страховика за посиланням: <http://ic-misto.com.ua/106i.html>

Ця Заява-приєднання є невід'ємною частиною Договору. Підписання Заяви-приєднання та сплата страхового платежу вважається безумовною згодою прийняття умов Договору.

Страховальник/Застрахована особа (її законний представник) підписанням цієї Заяви-приєднання:

- підтверджує факт ознайомлення з Правилами, умовами страхування та інформацією згідно ст. 12 ЗУ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 12.07.2001 р. № 2664-III.

- підтверджує та надає згоду та право Страховику, безстроково, відповідно до законодавства отримувати, збирати, обробляти, реєструвати, накопичувати, зберігати, змінювати, поновлювати, використовувати і поширювати (розповсюджувати, передавати) інформацію, яка, відповідно до вимог законодавства, становить персональні дані Страховальника/Застрахованої особи (включаючи інформацію медичного характеру) з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором, забезпечення реалізації податкових відносин, відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Використання і поширення інформації, що становить персональні дані Страховальника/Застрахованої особи, здійснюється виключно в межах, необхідних для забезпечення виконання Страховиком умов цього Договору та/або захисту її інтересів.

- надає право Страховику звертатись та отримувати будь-яку інформацію про Застраховану особу та про стан здоров'я Застрахованої особи, необхідну для оцінки страхового ризику та визначення обставин або наслідків події, що може бути визнана страховим випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію щодо перенесених захворювань, перебування в медичному закладі, щодо лікувальних та діагностичних процедур. Цим також уповноважую медичні установи та заклади, органи державної влади, інші юридичні або фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати таку інформацію Страховику.

- підтверджую, що на дату складання цієї Заяви я не є інвалідом I, II групи, не маю злоякісних онкологічних захворювань, тяжких форм захворювань серцево-судинної системи, не перебуваю на обліку в накрологічному, психоневрологічному, туберкульозному, шкірно-венерологічному диспансерах, центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, не визнаний в судовому порядку недієздатним.

Застрахована особа _____
підпис _____ дата _____

ПІДПИСИ СТОРІН

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
_____	_____

Служба підтримки 0 800 21 11 18

дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні в межах України

НОМЕР СЕРВІСНОЇ КАРТКИ	
-----------------------------------	--

Дата реєстрації Заяви-приєднання Страховиком	
Вхідний номер реєстрації Заяви-приєднання Страховиком	

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЛІКИ»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	1 380,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	115,00 грн.
Страховий тариф річний, %	2,76%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Ліки» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЛІКИ»:**1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА**

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Страховика / Представника Страховика).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «БАЗОВА»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	1 968,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	164,00 грн.
Страховий тариф, %	3,936 %

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Базова» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії договору страхування медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «БАЗОВА»:

I. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Медикаментозне забезпечення.
- Встановлення первинного діагнозу (в т.ч. захворювань, що входять в перелік виключень).
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності висновку Представника страховика та інших підтверджуючих документів).

II. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання (в т.ч. професорів та доцентів в складних випадках).
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Необхідні діагностичні дослідження (лабораторні та інструментальні).
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів.

- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, закису азоту, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності висновку Представника страховика та інших підтверджуючих документів).

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
 ПРАТ «СК «Місто»
 Голова Правління



Крамер Г.Л.

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	2 280,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	190,00 грн.
Страховий тариф, %	4,56%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Встановлення попереднього діагнозу.
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання (в т.ч. професорів та доцентів в складних випадках).
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).

- Забезпечення перебування Застрахованої особи в палаті підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, закису азоту, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).
3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.
Дана опція включає:
- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-1»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	3 060,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	255,00 грн.
Страховий тариф, %	6,12%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

<p>Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-1» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гострого захворювання; - хронічного захворювання в стадії загострення; - нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо). 	
РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА	
Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку
ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-1»:	
1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.	
Дана опція включає:	
- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).	
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.	
- Денний стаціонар.	
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).	
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).	
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).	
2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА	
Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.	
Дана опція включає:	
- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).	
- Екстрене оперативне втручання.	
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.	
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.	
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.	
- Анестезія.	
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.	
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).	

- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).
3.ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.
Дана опція включає:
- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-2»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	4 860,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	405,00 грн.
Страховий тариф, %	9,72%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-2» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-2»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.

- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).
3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.
Дана опція включає:
- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.
4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ
1. Стоматологія:
1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія.
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.
Склад опції:
- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- ліквідація гострого зубного болю;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);
- видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит;
- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.
1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія
Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.
Склад опції:
- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби);
- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показниками;
- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;
- ревізія та заміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- реставрація зубів;
- зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору);
- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит);
- планове протезування.
2. Оздоровлення – відвідування басейну, тренажерної зали.
3. Вітамінізація.
4. Вакцинація від грипу.
Загальний Ліміт страхової суми на стоматологію, оздоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу – 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамєр Г.Л.

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-3»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	6648,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	554,00 грн.
Страховий тариф, %	13,296%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-3» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

**ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
«СТАНДАРТ-3»:**

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).

- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).
3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.
Дана опція включає:
- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.
4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ
1. Стоматологія:
1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія.
Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.
Склад опції:
- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- ліквідація гострого зубного болю;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);
- видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит;
- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.
1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія
Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.
Склад опції:
- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби);
- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показаннями;
- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;
- ревізія та заміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- реставрація зубів;
- зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору);
- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит);
- планове протезування.
2. Оздоровлення – відвідування басейну, тренажерної зали.
3. Вітамінізація.

4. Вакцинація від грипу.

Загальний Ліміт страхової суми на стоматологію, оздоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу – 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік.

5. Діагностика лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету:

- Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування злоякісних новоутворень, що вперше виникли в період дії Договору страхування.

- Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування туберкульозу що вперше виникли в період дії Договору страхування.

- Діагностика та лікування цукрового діабету та 1-й курс стаціонарного лікування, що вперше виникли в період дії Договору страхування.

Період каренції за даними захворюваннями (злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет) становить **90 (дев'яносто) календарних днів.**

Загальний Ліміт страхової суми на діагностику, лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету - 50 000,00 грн. (П'ятдесят тисяч гривень 00 копійок) на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЕЛІТ»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	100 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	7 560,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	630,00 грн.
Страховий тариф, %	7,56%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Еліт» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії договору страхування медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

**ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
«ЕЛІТ»:**

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ,МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).

- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності висновку Представника страховика та інших підтверджуючих документів).
3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.
Дана опція включає:
<ul style="list-style-type: none"> - Пакет чоловічий (загальний аналіз крові розгорнутий, аналіз сечі загальний, холестерин загальний, глюкоза, сечовина, креатинін, білок загальний, АЛТ, АСТ, білірубін фракційно, тиреотропний гормон (ТТГ), антиген HbsAg вірусу гепатиту В, мікроскопія урогенітальних виділень, простат-специфічний антиген загальний, простат-специфічний антиген вільний, УЗД щитовидної залози, УЗД органів черевної порожнини, УЗД нирок та сечового міхура, ТРУЗД простати, ЕКГ, консультація терапевта, консьльтація уролога). - Пакет жіночий (загальний аналіз крові розгорнутий, аналіз сечі загальний, холестерин загальний, глюкоза, сечовина, креатинін, білок загальний, АЛТ, АСТ, білірубін фракційно, тиреотропний гормон (ТТГ), антиген HbsAg вірусу гепатиту В, мікроскопія урогенітальних виділень, онкомаркер молочної залози СА15-3, ПЛР.Папіломавірус HPV 16/18 типування, УЗД щитовидної залози, УЗД органів черевної порожнини, УЗД гінекологічне, УЗД молочних залоз, ЕКГ, консультація терапевта, консультація гінеколога, консультація мамолога). - Пакет онкологічний чоловічий (онкомаркер підшлункової залози, жовчного міхура, товстої кишки СА19-9, онкомаркер шлунку СА72-4, раково-ембріональний антиген СЕА, простат-специфічний антиген загальний, простат-специфічний антиген вільний). - Пакет онкологічний жіночий (онкомаркер підшлункової залози, жовчного міхура, товстої кишки СА19-9, онкомаркер шлунку СА72-4, раково-ембріональний антиген СЕА, онкомаркер молочної залози СА15-3, онкомаркер яєчників СА-125).
4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ
<p>1. Стоматологія:</p> <p>1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія.</p> <p>Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.</p> <p>Склад опції:</p> <ul style="list-style-type: none"> - огляд та консультація лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - ліквідація гострого зубного болю; - анестезіологічна допомога; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби); - видалення капюшону з діагнозом: перикоронарит; - кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт. <p>1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія.</p> <p>Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.</p> <p>Склад опції:</p> <ul style="list-style-type: none"> - огляд та консультація лікаря-стоматолога; - діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги; - анестезіологічна допомога; - видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів; - розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу; - накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини; - зняття коронки або мостовидного протезу за показаннями; - лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби); - ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показниками;

<ul style="list-style-type: none"> - лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби; - ревізія та заміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит; - реставрація зубів; - зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору); - лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит); <p>планове протезування.</p>
2. Оздоровлення – відвідування басейну, тренажерної зали
3. Вітамінізація
4. Вакцинація від грипу
Загальний Ліміт страхової суми на стоматологію, оздоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу – 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік
<p>5. Діагностика лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету:</p> <p>Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування злоякісних новоутворень, що вперше виникли в період дії Договору страхування.</p> <p>Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування туберкульозу що вперше виникли в період дії Договору страхування.</p> <p>Діагностика та лікування цукрового діабету та 1-й курс стаціонарного лікування, що вперше виникли в період дії Договору страхування.</p> <p>Період каренції за даними захворюваннями (злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет) становить 90 (дев'яносто) календарних днів.</p>
Загальний Ліміт страхової суми на діагностику, лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету - 50 000,00 грн. (П'ятдесят тисяч гривень 00 копійок) на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу отримання медичної допомоги та страхова виплата не здійснюється, якщо:**

- 1.1. медична допомога не передбачена цим Договором, Програмою страхування, не була узгоджена із Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги);
- 1.2. медична допомога надана поза межами місця дії Договору страхування;
- 1.3. медична допомога була отримана Застрахованою особою до початку або після закінчення строку дії Договору (періоду страхування);
- 1.4. медична допомога була надана медичним закладом, не передбаченим цим Договором, або не була узгоджена зі Страховиком чи уповноваженим Представником Страховика;
- 1.5. медична допомога не була призначена лікарем або була отримана Застрахованою особою за власним бажанням;
- 1.6. стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує медичної допомоги, є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членушкодження), за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законом порядку;
- 1.7. стан здоров'я, що потребує медичної допомоги, був відомий Застрахованій особі до укладення цього Договору, але про це вона не повідомила Страховика при укладанні Договору;
- 1.8. Застрахована особа відмовилась від призначеного лікування, порушила приписи та рекомендації медичного персоналу, режиму медичного закладу.

1.9. Застрахована особа звернулася до Страховика з приводу організації надання та оплати медичної допомоги більш ніж чотири рази з приводу лікування різних гострих захворювань, загострень хронічних чи нещасного випадку протягом строку дії Договору. При цьому Застрахована особа має може скористатися послугами інформаційно-консультаційної підтримки Представника Страховика необмежену кількість разів у випадку такої необхідності.

2. Не є страховим випадком, звернення Застрахованої особи за медичною допомогою та страхова виплата не здійснюється, якщо стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідками:

- 2.1. впливу ядерного вибуху, радіації чи радіоактивного забруднення;
- 2.2. військових дій, військових маневрів та інших військових заходів;
- 2.3. громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів;
- 2.4. стихійних лих;
- 2.5. участі Застрахованої особи у спортивних заходах. Спортивними заходами, за умовами цього Договору, визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі, тощо);
- 2.6. захворювання, яке стало наслідком алкогольного сп'яніння, наркоманії, токсикоманії Застрахованої особи, незалежно від термінів виявлення;
- 2.7. захворювань, пов'язаних з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, туберкульозом, незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 2.8. захворювання злоякісними пухлинами, онкогематологічними хворобами, які потребують застосування хіміотерапії; планове лікування доброякісних пухлин (крім випадків безпосередньої загрози життю та здоров'ю Застрахованої особи). Не оплачуються періодичні обстеження та курси підтримуючої терапії при лікуванні цих захворювань;
- 2.9. захворювань, які потребують проведення лікування в медичних установах закритого типу;
- 2.10. хвороби, що потребує постійного медикаментозного, замісного лікування, трансплантації, ангіопластики, протезування (в тому числі хвороби з'єднувальної тканини, ендокринної системи, цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність), планове лікування захворювання;
- 2.11. будь-якої хвороби, що передається переважно статевим шляхом та захворювання, обумовлені вірусом імунодефіциту людини (СНІД), що проявляються інфекційними, паразитарними захворюваннями, злоякісними пухлинами, іншими захворюваннями й станами, незалежно від термінів виявлення;
- 2.12. звернення, пов'язаного з гепатитами, токсоплазмозом;
- 2.13. загострення хронічних хвороб (якщо випадок загострення стався до початку дії договору страхування), звернення, пов'язаного з уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями й хромосомними порушеннями, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана із зняттям гострого болю;
- 2.14. звернення, пов'язаного з лікуванням хронічних хвороб поза загостренням (ускладненням);
- 2.15. звернення, пов'язаного з плановим хірургічним лікуванням хронічних захворювань;
- 2.16. звернення, пов'язаного з функціональними розладами психіки, що включають всі види розумових хвороб, включаючи, але не обмежуючись наступним: нейроінфекції, розсіяний склероз, дистрофічно-дегенеративні захворювання нервової системи, шизофренія, розпад особистості, епілепсія, тощо;

2.17. звернення, пов'язаного з нормальними або патологічними вагітністю, пологами, абортами (за винятком абортів за медичними показаннями та випадків, коли при зазначених станах медична допомога потрібна за життєвими показаннями), контрацепцією, лікуванням безпліддя, імпотенції;

2.18. дій Застрахованої особи у стані алкогольного (наявність в крові алкоголю, що перевищує 0,5‰), наркотичного, токсичного сп'яніння або під впливом вжитих без призначення лікаря медичних препаратів, що призвели до настання страхового випадку;

2.19. нещасного випадку із Застрахованою особою, який був викликаний її психічним розладом;

2.20. керування Застрахованою особою транспортним засобом або передачі керування іншій особі, якщо Застрахована або інша особа знаходилась в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, або не мала прав керування відповідним транспортним засобом;

2.21. керування будь-яким засобом для польоту або участі у здійсненні польоту в якості члену екіпажу літака чи іншого засобу для польоту, якщо інше не передбачено у Договорі страхування;

2.22. занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, авіа-, авто-, мотоспортом, кінним, парашутним спортом, підводним плаванням, пірнанням, дельтапланеризмом, бойовими єдиноборствами, стрільбою або іншими екстремальними видами спорту) та участі у відповідних спортивних змаганнях.

3. Страховик не здійснює Страхову виплату в разі надання медичної допомоги Застрахованій особі з приводу:

3.1. венеричних хвороб, СНІДу незалежно від термінів виявлення;

3.2. психічних хвороб;

3.3. алкоголізму, наркоманії, токсикоманії незалежно від термінів виявлення та будь-яких їх наслідків;

3.4. патологічних станів Застрахованої особи або отриманих нею травм, які є наслідками вживання алкоголю або його сурогатів, токсичного, наркотичного сп'яніння, вживання медичних препаратів з метою або у стані сп'яніння, за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами;

3.5. травматичних ушкоджень або інших розладів здоров'я Застрахованої особи, отриманих нею внаслідок скоєння злочину або інших протиправних дій;

3.6. захворювань, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ);

3.7. штучного переривання вагітності (за винятком випадків переривання вагітності за медичними показаннями).

3.8. діагностики та лікування захворювань та травм, що безпосередньо пов'язані з військовими діями, масовими заворушеннями та порушеннями правопорядку, з невиправданим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав), заняттями небезпечними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, парашутним спортом, мотогонок, змагання у швидкості, мотораллі та автогонки, підводні види спорту з використанням дихальних апаратів, стрибки на водних лижах, регбі, будь-які види комерційного чи професійного спорту, а також участь у спелеологічних експедиціях, за винятком екскурсій або туристичних походів, що проводяться з пізнавальною метою);

3.9. діагностики та лікування хвороб крові, хронічних хвороб периферичних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, тощо) крім станів, що загрожують життю.

3.10. діагностики та лікування дерматологічних захворювань мікозів (дерматофітій, кандидоз, кокцидіоз, гістоплазмоз, бластомікоз, паракочидіодомікоз, споротрихоз, хромомікоз, аспергильоз, криптококоз, зигомікоз, міцетома, лобомікоз, не уточнений мікоз, простий лишай та свербіць), алергічних дерматитів, атопічних дерматитів (атопічний дерматит, пруріго Бесніра, інший атопічний дерматит, атопічний дерматит, не уточнений), псоріазу (псоріаз звичайний, генералізований пустулярний, акродерматит, краплино подобний, артропатичний, інший псоріаз, псоріаз не уточнений), екземи (інші дерматити, монетоподібний, дісгідроз, шкіряна аутосенсібілізація, інфекційний дерматит, інтертригіозна екзема, інший дерматит, не уточнений дерматит), себореї (себорейний дерматит, себорея голови, себорейний дитячий дерматит, інша себорея, себорея не уточнена); вугрова хвороба (вугрі, звичайні вугрі, розацеа, періоральний дерматит, ринофима, інші вугрі, не уточнені вугрі), алопеції (алопеція тотальна, алопеція андрогенна, інша не рубцева втрата волосся, рубцева алопеція), контагіозного моллюску, вітіліго, демодекозу (інші акаріази, інші антропологічні інвазії), педікульозу (фтіріазу), корости крім первинної консультації дерматолога;

3.11. діагностики та лікування хвороб обміну речовин;

3.12. діагностики та лікування системних захворювань сполучної тканини, в тому числі колагенозів, ревматоїдного артриту, хвороби Бехтерева, артропатій, саркоїдозу, муковісцидозу, подагри, неспецифічного виразкового коліту, хвороби Крона, за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування;

3.13. захворювань в стадії декомпенсації – ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи;

3.14. діагностики та лікування повільно прогресуючого захворювання нервової системи (хвороба Гетінгтона, спадкова атаксія, спінальна м'язова та системна атрофія, хвороба Альцгеймера, інші дегенеративні хвороби нервової системи, розсіяний склероз, гостра форма десімінованої де мієлінізації, інші демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи, церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми), міастенія та міопатії, мієлопатії при інших захворюваннях, менінгіти, енцефаліти та менінгоенцефаліти, арахноїдити (менінгіти не уточнені), дисциркуляторна енцефалопатія (церебральний атеросклероз, прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія, гіпертензивна енцефалопатія, інші судинні ураження мозку), незалежно від стадії процесу;

3.15. лікування уражень судин, що потребують проведення різних видів стентування та шунтування в т.ч. аорто-коронарного;

3.16. діагностики та лікування хронічної ниркової недостатності (в тому числі проведення гемодіалізу), печінкової недостатності та «нейрогенний сечовий міхур»;

3.17. діагностики та лікування алергічних захворювань, крім гострих алергічних реакцій та невідкладних станів, вазомоторний риніт, поліноз, алергічний дерматит; бронхіальна астма, тощо;

3.18. діагностики та лікування гельмінтозів, паразитарних та інших інвазивних захворювань;

3.19. лікування строком понад 1 місяць важких захворювань (в тому числі гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу);

3.20. діагностики та лікування віддалених наслідків отриманих травм та перенесених захворювань (нейроінфекцій, ГПМК);

3.21. діагностики та лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі, штучне запліднення, сексуальні дисфункції;

3.22. діагностики та лікування незапальних захворювань жіночих статевих органів, розладів менструального циклу та подальша діагностика після встановлення цих діагнозів та їх наслідків (в тому числі менопаузи, пременопаузи, синдром виснажених яєчників, овуляторний синдром, фіброзно-кістозна мастопатія, тощо);

3.23. діагностики та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандідоз), діагностика та лікування ТОРЧ – інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес) (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування);

3.24. лікування кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування);

3.25. діагностики та лікування гепатитів, цирозів печінки, гепатозів, за винятком вірусного гепатиту А (крім додаткових послуг, включених в Програму страхування);

3.26. оперативного лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин сітківки ока, діагностика та лікування порушень зору, окуляри, лінзи (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування);

3.27. вікових та дегенеративно-дистрофічних процесів та змін (в тому числі остеохондроз, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз та інші), окрім ситуацій коли є загроза життю Застрахованої особи;

3.28. діагностики та лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейроциркуляторна дистонія), ДЕП дисциркуляторная енцефалопатія), АГ(артеріальна гіпертензія), ІХС(ішемічна хвороба серця), діагностика та лікування астено-невротичного синдрому, синдрому хронічної втоми;

3.29. діагностики та лікування функціональних порушень травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК, ДЖВШ, тощо);

3.30. обстежень, що не мають діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування;

3.31. перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду;

3.32. лікування захворювань, що вимагають застосування замісної терапії терміном понад 1 (один) місяць (гормональні, ферментні препарати, тощо), за винятком гострих станів, що загрожують життю застрахованої особи;

3.33. забезпечення лікарськими засобами, необхідними для тривалого прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються витрати на лікування до стабілізації стану здоров'я строком до 30-днів, але не більше двох загострень одного захворювання в період дії Договору страхування);

4. Страховик не оплачує:

4.1. лабораторні та інструментальні обстеження за профілем захворювання, в т.ч. КТ та МРТ в умовах амбулаторного лікування, якщо інше не передбачено Договором/Програмою страхування;

4.2. вартість **гомеопатичних препаратів вітчизняного та закордонного виробництва**, що оформлені, як медичні препарати та є в продажу в аптечних мережах, **гепатопротектори**, в тому числі як засіб лікування при супутній патології шлунково-кишкового тракту, **пробіотики, еубіотики, хондропротектори, гормональні препарати, імунomodulatory, противірусні препарати, ноотропи** якщо інше не передбачено Договором;

4.3. вартість медикаментозного забезпечення при плановій госпіталізації, якщо інше не обумовлено Договором;

4.4. вартість медикаментозного забезпечення (медичних послуг) придбаних застрахованою особою самостійно без письмового погодження такої купівлі (придбання) з Страховиком / Уповноваженою особою Страховика;

4.5. вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок, тощо), їх ремонт або прокат;

4.6. придбання імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, комірця Шанса, бандажу, металокопункцій, фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери.

4.7. медичні послуги одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані та/або погодженні Страховиком або уповноваженим Представником Страховика медичних закладах. Перелік медичних закладів, звернення до яких визнається страховим випадком, наведено в Додатку 4 до цього Договору;

4.8. витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять у призначене лікарем лікування;

4.9. витрати за виклик бригади швидкої медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, що діє від імені та/або в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також при відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;

4.10. планові хірургічні операції ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти;

4.11. забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні;

4.12. лікарські засоби, які входять до групи фітопрепаратів, гомеопатичних засобів, біологічних харчових добавок, хондропротекторів, протівірусних, хіміотерапевтичних засобів;

4.13. профілактичні, гігієнічні, косметичні процедури та засоби;

4.14. корекцію ваги та лікування і профілактику целюліту, косметичні та пластичні операції;

4.15. експериментальне лікування;

4.16. лікувально-оздоровчі заходи і санаторно-курортне лікування, якщо це не передбачено Програмою страхування;

4.17. лікування, послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання, а також первинне чи повторне медичне обстеження Застрахованої особи за її власним бажанням, без медичних показань (при відсутності призначення Представника страховика);

4.18. самолікування (без призначення Представника страховика), у т.ч. придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів;

4.19. послуги з педикюру, остеопатії;

4.20. акупунктуру, гомеопатію та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування (в тому числі гірудотерапія, ароматерапія, гіпноз, іридодіагностика, психоаналіз, біоенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками, консультація та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога (в т.ч імунограма, інші методи діагностики та лікування імунної системи, рефлексотерапія, апітерапія, озонотерапія, плазмofільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, акупунктура, аурикулотермопунктура, електропунктура, пульсова діагностика та лікування);

4.21. експериментальне або науково-дослідне лікування;

4.22. видалення бородавок та папілом та пластичні операції (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазопластика, венектомія), крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору;

4.23. придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів;

4.24. придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей (і їх видалення), корсетів, милиць, інвалідних візочків, фіксуємих пластин та гвинтів, а також керованих систем (поліпропіленових сіток) при оперативних втручаннях. Придбання виробів медичного призначення або медикаментів, які не відносяться до Державного реєстру МОЗ України, в тому числі медичної апаратури багаторазового застосування (небулайзери, інгалятори та ін.);

4.25. профілактичні та лікувальні заходи проведення яких регламентується нормативними документами МОЗ: проведення щеплень, в тому числі антирабійних профілактичних заходів, вакцинація за схемою при покусках);

4.26. кошти, сплачені як благодійна допомога, добровільні пожертви, внески до благодійних фондів.

5. Страховик не організовує та не здійснює фінансування (страхову виплату) наданих Застрахованій особі медичних послуг на лікування захворювання більше ніж 30 днів з дати початку лікування.

6. Застрахованими не можуть бути особи, які на час укладення Договору є онкологічними хворими, хворими на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (стенокардія, інфаркт міокарда, аортокоронарне шунтування), хворими на СНІД або пов'язані зі СНІДом хвороби, є інвалідами I, II групи, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом. В разі настання страхового випадку із особою, що зазначена в даному пункті, як особа, яка не приймається на страхування, Страховик вважатиме це порушенням п. 15.4.2 Договору та страхову виплату не здійснюватиме. У випадку, якщо Страховик, після проведення страхової виплати, отримав інформацію, що особа не могла бути затрахована відповідно до умов цього Договору, Страховик має право вимагати від такої особи компенсації завданої матеріальної шкоди в розмірі проведеної страхової виплати.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

№	Назва	Адреса	Телефон	Профіль допомоги
Приватні та відомчі заклади (центри)				
1	ПП «Статус»	м. Вінниця, вул. Келецька, 41	(0432) 57-01-32 (096) 400-03-03 (093) 806-03-03	Консультативно-діагностична допомога
2	ЛДЦ ТОВ «Слаомед»	м. Вінниця, Хмельницьке Шосе, 96	(0432) 69-41-40 (0432) 46-97-29	Консультативно-діагностична допомога
3	МЦ Альтамедика	м. Вінниця, вул. Литвиненко, 40	0-800-50-74-74	Консультативно-діагностична допомога
4	СПД Мельник М.Є.	м. Вінниця, вул.Соборна,66 (II пов., 205 каб.)	(067) 915-78-76	Консультативно-діагностична допомога
5	ТОВ «СІНЕВО Україна»	м. Вінниця, вул. Пирогова, 37	0-800-50-70-30	Діагностична допомога
6	ПрАТ «Обласна стоматологічна поліклініка»	м. Вінниця, вул. Грушевського, 16	(0432) 67-02-28 (0432) 56-20-96	Консультативно-діагностична допомога
7	ПП «ВінАльфаМед»	м. Вінниця, вул. Малиновського, 26	(0432) 60-20-90 (067) 443-03-83 (063) 476-66-11	Консультативно-діагностична допомога
8	ТОВ «Сканлайт» Центр МРТ-діагностики «Нейромед»	м. Вінниця, вул. Пирогова, 109	(0432) 50-80-40 (068) 293-18-81 (063) 306-47-13	Діагностична допомога
9	ТОВ «МЦ «Моє здоров'я»	м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 96 Г	(0432) 55-11-63 (097) 463-12-03	Консультативно-діагностична допомога
10	ТОВ «Салютем»	м. Вінниця, вул. Соборна, 46 А	(0432) 69-50-05 (067) 652-80-81 (073) 652-80-81	Консультативно-діагностична допомога
11	ТОВ «Меділабс»	м. Вінниця, вул. Матроса Кошки, 10 Б	(0432) 50-71-71 (067) 430-64-02	Консультативно-діагностична допомога
12	Відділ медичного забезпечення УМВС України у Він. Обл.	м. Вінниця, пров. 1-й Ботанічний, 38	(0432) 35-61-28	Стационарна допомога
Комунальні та державні заклади				
1	Вінницький міський лікувально-діагностичний центр	м. Вінниця, вул. Київська, 68	(0432) 60-50-20 (097) 546-60-70 (063) 417-63-23	Консультативно-діагностична допомога
2	Вінницька обласна клінічна лікарня ім. Пирогова	м. Вінниця, вул. Пирогова, 46	(0432) 67-13-61	Спеціалізована медична допомога (амбулаторна, стаціонарна)
3	Міська клінічна лікарня № 1	м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 96	(0432) 51-12-33	Спеціалізована медична допомога (амбулаторна, стаціонарна)
4	Міська клінічна лікарня № 3	м. Вінниця, вул. Маяковського, 138	(0432) 60-58-21 (0432) 60-58-07	Спеціалізована медична допомога (амбулаторна, стаціонарна)
5	Міська лікарня швидкої допомоги	м. Вінниця, вул. Київська, 68	(0432) 66-53-39	Спеціалізована медична допомога (амбулаторна, стаціонарна)
6	Обласна дитяча клінічна лікарня	м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 108	(0432) 43-80-01	Спеціалізована медична допомога (амбулаторна, стаціонарна)
7	ЦПМСД № 1	м. Вінниця, вул. Москаленко, 42	(0432) 56-35-18	Амбулаторно-поліклінічна медична допомога

8	ЦПМСД № 2	м. Вінниця, пров. Магістратський, 44	(0432) 35-40-38	Амбулаторно-поліклінічна медична допомога
9	ЦПМСД № 3	м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 96	(0432) 51-12-28 (0432) 46-02-63	Амбулаторно-поліклінічна медична допомога
10	ЦПМСД № 4	м. Вінниця, Замостянська, 18 вул. Маяковського, 138	(0432) 55-43-78	Амбулаторно-поліклінічна медична допомога
11	ЦПМСД № 5	м. Вінниця, вул. Замостянська, 49	(0432) 60-24-49	Амбулаторно-поліклінічна медична допомога
12	Пологовий будинок № 1	м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 98	(0432) 51-11-08	Гінекологічна та акушерська допомога
13	Пологовий будинок № 2	м. Вінниця, пр. Коцюбинського, 50	(0432) 27-80-83	Гінекологічна та акушерська допомога
14	Центр матері та дитини	м. Вінниця, вул. Маяковського, 138	(0432) 68-70-10	Гінекологічна та акушерська допомога
Аптеки				
1	Фірма «Авіценна»	м. Вінниця, пров. Цегельний, 12	(0432) 56-14-35	Медикаментозне забезпечення
2	МКП «Вінницька міська аптека»	м. Вінниця, вул. Брацлавська, 62	(0432) 26-52-17	Медикаментозне забезпечення
3	СП «Валенсія-Фарм ЛТД»	м. Вінниця, вул. Гоголя, 2	(0432) 67-12-26	Медикаментозне забезпечення
4	ФОП Марценюк Т.В.	м. Вінниця, вул. Ващука, 13а/9	(0432) 53-73-98	Медикаментозне забезпечення
5	КП «Козятинська районна аптека»	м. Козятин, вул. Червоноармійська, 75	(0434) 22-30-21	Медикаментозне забезпечення
6	«Аптека Доброго дня» ТОВ «Фармастор»	м. Вінниця, вул. Київська, 27 пр. Юності, 20/73	(0432) 55-21-99 (0432) 46-78-03	Медикаментозне забезпечення
7	ПП «Конекс»	м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 23	(0432) 55-30-30 (068) 955-30-30	Медикаментозне забезпечення

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Страховик
ПрАТ «СК «Місто»
Голова Правління



Крамер Г.Л.

Додаткова угода №1
до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування
здоров'я (приєднання)) № 108/000238, дата пропозиції 02.07.2018 р.

м. Вінниця

17 липня 2019 року

Ця Додаткова угода до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)) № 108/000238 (надалі – Договір), що є договором приєднання відповідно до норм ст.634 Цивільного кодексу України, є укладена між:

Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «Місто» (далі по тексту Страховик), в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, який діє на підставі Статуту, та

Страхувальником (дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цього Договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Заяву-приєднання до Договору та сплативши страховий платіж, і яка таким приєднанням уклала Договір на користь себе або членів своєї родини (чоловік/дружина) про наступне:

1. Пункт 6.6. Договору викласти в наступній редакції:

«6.6. У випадку якщо протягом строку дії Договору Застрахована особа здійснювала звернення з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Програмою страхування, і були проведені страхові виплати, а річний страховий платіж по Договору сплачений не повністю, Страхувальник зобов'язаний сплатити його протягом 10 календарних днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховиком. При цьому вимога пред'являється Страховиком Страхувальнику в усній, письмовій чи іншій формі (факсом, телефоном, електронною поштою тощо) на вибір Страховика».

2. Викласти Додаток №2 «Програми страхування» до Договору у новій редакції (нова редакція Додатку № 2 до Договору наведена у Додатку № 1 до цієї додаткової угоди).

3. Доповнити Договір пунктом 7.9. та викласти його в наступній редакції:

«7.9. За умови відсутності заяв Сторін Договору про бажання припинити дію Договору, а також сплати Страхувальником щомісячного страхового платежу в повному обсязі на рахунок Страховика, Договір вважається продовженим на наступний період (строк), що становить 365 календарних днів. Кількість таких продовжень строку дії Договору необмежена».

4. Інші умови вищевказаного Договору, не змінені цією Додатковою угодою, залишаються чинними у тій редакції, в якій вони викладені раніше, і Сторони підтверджують їх обов'язковість для себе.

5. Додаткова угода набирає чинності з 27 липня 2019 року.

6. ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»

21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
п/р 26505642264850 у банку ПАТ «УкрСиббанк»
код банку 351005
Код ЄДРПОУ 33295475
тел. (0432) 50-81-08, 50-81-07



Г.Л. Крамер

Додаток №1
до Додаткової угоди №1 від 17.07.2019 р.
до Договору добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я (приєднання)) № 108/000238 від 02.07.2018 р.

Додаток №2
до Договору добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я (приєднання)) №108/000238 від 02.07.2018 р.

ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЛІКИ»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	1 380,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	115,00 грн.
Страховий тариф річний, %	2,75%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Ліки» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	2 (два) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 3 (третього) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЛІКИ»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» на один випадок 500 гривень.

Дана опція включає:

- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні | вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація вкритчених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страховий компанія «Місто»

Голова правління



С.А. Крамер

**ПРОГРАМА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «БАЗОВА»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	1 968,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	164,00 грн.
Страховий тариф річний, %	3,94%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Базова» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ, ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	2 (два) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 3 (третього) страхового випадку

опції, що включені в ПРОГРАМУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «БАЗОВА»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - 500 гривень на випадок

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Страховика / Представника Страховика);
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря;
- Сформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу);
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн);
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стационарна допомога» - 10 000 грн на випадок

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладна) госпіталізація (послуги);
- Екстрене оперативне втручання;
- Медикаментозна забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладна) госпіталізації;
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання;
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, з т.ч. з використанням ендоскопічних методів;
- Анестезія;
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень;
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).

- Забезпечення перебування Застрахованої особи в палаті підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет рани, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетиком та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Вісто»

Голова Правління
«Вісто» **Ф.Л. Крамер**



**ПРОГРАМА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ»**

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	2 280,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	190,00 грн.
Страховий тариф, %	4,56%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	2 (два) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 3 (третього) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Субліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - відсутній

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика);
- Встановлення попереднього діагнозу;
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря;
- Денний стаціонар;
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу);
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн);
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Субліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - 10 000 грн на випадок

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги);
- Екстрене оперативне втручання;
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації;
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання (в т.ч. професорів та доцентів в складних випадках);
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, а т.ч. з використанням ендоскопічних методів;
- Анастезія.

- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення перебування застрахованої особи в палаті підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перейзми, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, закису азоту, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетиками та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Субліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - 500 грн

Дана опція включає:

- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкаю.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»

Голова Правління


Л. Крамер

**ПРОГРАМА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-1»**

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	3 060,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	255,00 грн.
Страховий тариф, %	6,12%

ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-1» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	2 (два) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 3 (третього) страхового випадку

ОПЦІЯ, ЩО ВКЛЮЧЕНИ В ПРОГРАМУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-1»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (з т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Субліміт страхової суми опцією «Стационарна допомога» - 10 000 грн на один випадок

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.

- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в г.ч. з використанням ендоскопічних методів.

- Анестезія.

- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.

- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).

- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).

- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).

- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.

- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет рани, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.

- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.

- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.

- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань знеestetики та їх введення.

- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - 500 грн

Дана опція включає:

- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.

- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.

- Флюорографія.

- Консультація лікаря терапевта.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»

Голова Правління

Л. Крамер



**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-2»**

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	4 850,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	405,00 грн.
Страховий тариф, %	9,72%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-2» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу: гострого захворювання;

- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ, ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВИКЛЮЧЕНІ З ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-2»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціаліст(к) за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика)
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності двох послуг в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» 10 000 грн на один випадок.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладна) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладна) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.

- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.
- Електрокардіограма (ЕКГ) з розшифровкою.
- Флюорографія.
- Консультація лікаря терапевта.

4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ

1. Стоматологія:

1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія.

Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція виключає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.

Склад опції:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- ліквідація гострого зубного болю;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);
- видалення капишону з діагнозом: перикоронарит;
- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія

Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.

Склад опції:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби);
- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показаннями;
- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;
- ревізії та заміна пломби з діагнозом: втримний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- рестаурація зубів;
- зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору);
- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит);
- планове протезування.

2. Оздоровлення – відвідування басейну, тренажерної зали.

3. Вітамінізація.

4. Вакцинація від грипу.

Загальний ліміт страхової суми на стоматологію, оздоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу - 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто»

Голова Правління

Т.Л. Крамер



ПРОГРАМА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-3»

1. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	100 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	6 648,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	554,00 грн.
Страховий тариф, %	6,65%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Стандарт-3» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу: гострого захворювання; хронічного захворювання в стадії загострення; нещасного випадку (травми, опіки, струзнення, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ, ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власне участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'яти) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «СТАНДАРТ-3»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та іншими підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» 10 000 тис грн на один випадок

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні вливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений

відповідно СНІП.

- Використання кисню, фторотана та ін. під час оперативних втручань.

- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетичні та їх введення.

- Компенсація витратених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховника та інших підтверджуючих документів).

3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз мочі, глюкоза крові, аналіз крові на холестерин.

- Електрокардіограми (ЕКГ) з розшифруванням.

- Флюорографія.

- Консультація лікаря-терапевта.

4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ

1. Стоматологія:

1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія

Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.

Склад опції:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;

- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;

- ліквідація гострого зубного болю;

- анестезіологічна допомога;

- видалення зубів та коренів, розкриття корневих каналів;

- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;

- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;

- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;

- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);

- видалення напюшонку з діагнозом: перикоронарит;

- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт.

1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія

Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.

Склад опції:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;

- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;

- анестезіологічна допомога;

- видалення зубів та коренів, розкриття корневих каналів;

- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;

- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;

- зняття коронки або мостовидного протезу за показаннями;

- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби);

- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показаннями;

- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;

- ревізія та заміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит;

- реставрація зубів;

- зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору);

- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит);

- планове протезування.

2. Осдоровлення - відвідування басейну, тренажерної зали.

3. Вітамінізація.

4. Вакцинація від грипу.

Загальний ліміт страхової суми на стоматологію, осдоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу – 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік.

5. Діагностика лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету:

- Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування злоякісних новоутворень, що вперше виникли в період дії Договору страхування.

- Діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування туберкульозу що вперше виникли в період дії Договору страхування.

- Діагностика та лікування цукрового діабету та 1-й курс стаціонарного лікування, що вперше виникли в період дії Договору страхування.

Період каренції за даними захворюваннями (злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет) становить 90 (дев'яносто) календарних днів.

Загальний Ліміт страхової суми на діагностику, лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету - 50 000,00 грн. (П'ятдесят тисяч гривень 00 копійок) на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»

Голова Правління



Г.В. Крамер

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЕЛІТ»**

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	100 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	7 560,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	630,00 грн.
Страховий тариф, %	7,56%

2. ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Еліт» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії договору страхування медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання
- хронічного захворювання в стадії загострення
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо)

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ, ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	4 (чотири) страхові випадки
Кількість повернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Власна участь Застрахованої особи у страховій виплаті (франшиза)	50% починаючи з 5 (п'ятого) страхового випадку

ОПЦІЇ, ЩО ВІКЛЮЧЕНІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ЕЛІТ»:

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика).
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря.
- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні | вартості замовлення більше 100 грн).
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стационарна допомога» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладний) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладний) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.

- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анастезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Забезпечення палатами підвищеного комфорту (при наявності відповідної палати у медичному закладі).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Лікувальні маніпуляції (перев'язки, туалет ран, ін'єкції, внутрішньовенні зливання та ін.) під час знаходження в стаціонарі.
- Виконання інвазивних маніпуляцій, у т.ч. одноразовим інструментарієм чи інструментарієм, що обеззаражений відповідно СНІП.
- Використання кисню, фторотана та ін. Під час оперативних втручань.
- Премедикація, анестезія – при проведенні хірургічних втручань анестетики та їх введення.
- Компенсація витратних за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності висновку Представника страховика та інших підтверджуючих документів).

3. ПОПЕРЕДЖУВАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Ліміт страхової суми опцією «Попереджувальна діагностика» - у межах страхової суми.

Дана опція включає:

- **Пакет чоловічий** (загальний аналіз крові розгорнутий, аналіз сечі загальний, холестерин загальний, глюкоза, сечовина, креатинін, білок загальний, АЛТ, АСТ, білірубін фракційно, тиреотропний гормон (ТТГ), антиген HbsAg вірусу гепатиту В, мікроскопія уrogenітальних виділень, простат-специфічний антиген загальний, простат-специфічний антиген вільний, УЗД щитовидної залози, УЗД органів черевної порожнини, УЗД нирок та сечового міхура, ТРУЗД простати, ЕКГ, консультація терапевта, консультація уролога).

- **Пакет жіночий** (загальний аналіз крові розгорнутий, аналіз сечі загальний, холестерин загальний, глюкоза, сечовина, креатинін, білок загальний, АЛТ, АСТ, білірубін фракційно, тиреотропний гормон (ТТГ), антиген HbsAg вірусу гепатиту В, мікроскопія уrogenітальних виділень, онкомаркер молочної залози СА15-3, ПЛР.Папіломавірус HPV 16/18 типування, УЗД щитовидної залози, УЗД органів черевної порожнини, УЗД гінекологічне, УЗД молочних залоз, ЕКГ, консультація терапевта, консультація гінеколога, консультація мамолога).

- **Пакет онкологічний чоловічий** (онкомаркер підшлункової залози, жовчного міхура, товстої кишки СА19-9, онкомаркер шлунку СА72-4, раково-ембріональний антиген СЕА, простат-специфічний антиген загальний, простат-специфічний антиген вільний).

- **Пакет онкологічний жіночий** (онкомаркер підшлункової залози, жовчного міхура, товстої кишки СА19-9, онкомаркер шлунку СА72-4, раково-ембріональний антиген СЕА, онкомаркер молочної залози СА15-3, онкомаркер яєчників СА-125).

4. ДОДАТКОВІ ОПЦІЇ

- **Стоматологія:**

1.1. Невідкладна терапевтична, хірургічна стоматологія.

Дана опція передбачає організацію та оплату невідкладної стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією. Дана опція включає організацію та надання допомоги в межах 24 годин з моменту появи невідкладного стану.

Склад опції:

- огляд та консультація лікарі-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- ліквідація гострого зубного болю;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання ший при видаленні зубів і операція, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або моговидного протезу за терміновими показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, постановка тимчасової пломби);
- видалення напущону з діагнозом: перикоронарит;
- юретаж луки видаленого зуба з ділянкою альвеоліт.

1.2. Планова терапевтична, хірургічна стоматологія

Дана опція передбачає організацію та оплату стоматологічної допомоги, що направлена на лікування захворювань зубів та ясен у межах ліміту за опцією.

Склад опції:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та моренів, розкриття корневих каналів;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття кронки або мостовидного протезу за показаннями;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пасти, тимчасової та постійної пломби);
- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показниками;
- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;
- ревізії та зміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- реставрація зубів;
- зняття зубних відкладень – 1 (один раз на рік протягом строку дії Договору);
- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота (стоматит, пародонтит);
- планове протезування.

5. Оздоровлення – відвідування басейну, тренажерної зали

6. Вітамінізація

7. Вакцинація від грипу

Загальний ліміт страхової суми на стоматологію, оздоровлення, вітамінізацію, вакцинацію від грипу – 2 000,00 (Дві тисячі гривень 00 копійок) грн. на рік

8. Діагностика лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету:

діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування злоякісних новоутворень, що вперше виникли в період дії Договору страхування;

діагностика та 1-й курс стаціонарного лікування туберкульозу що вперше виникли в період дії Договору страхування;

діагностика та лікування цукрового діабету та 1-й курс стаціонарного лікування, що вперше виникли в період дії Договору страхування.

Період каренції за даними захворюваннями (злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет) становить **90 (дев'яносто) календарних днів.**

Загальний ліміт страхової суми на діагностику, лікування злоякісних новоутворень, туберкульозу, цукрового діабету - 50 000,00 грн. (П'ятдесят тисяч гривень 00 копійок) на рік.

ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»



Г.Л. Крамер

Додаткова угода №3
до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування
здоров'я (приєднання)) № 108/000238, дата пропозиції 02.07.2018 р.

м. Вінниця

05 травня 2020 року

Ця Додаткова угода до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)) № 108/000238 (надалі – Договір), що є договором приєднання відповідно до норм ст.634 Цивільного кодексу України, є укладена між:

Приватним акціонерним товариством «Страхова компанія «Місто» (далі по тексту Страховик), в особі Голови Правління Крамера Геннадія Леонідовича, який діє на підставі Статуту, та

Страхувальником (дієздатна фізична особа, яка приєдналася до цього Договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Заяву-приєднання до Договору та сплативши страховий платіж, і яка таким приєднанням уклала Договір на користь себе або членів своєї родини (чоловік/дружина) про наступне:

1. внести зміну в Додаток №2 «Програми страхування» до Договору та викласти Програму «Базова-Еверест» у новій редакції.
2. Інші умови вищевказаного Договору, не змінені цією Додатковою угодою, залишаються чинними у тій редакції, в якій вони викладені раніше, і Сторони підтверджують їх обов'язковість для себе.
3. Додаткова угода набирає чинності з 16 травня 2020 року.

4. ПІДПИС СТРАХОВИКА

Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «Місто»

21050, м. Вінниця, вул. Хлібна, буд. 25
п/р 26505642264850 у банку ПАТ «УкрСиббанк»
код банку 351005
Код ЄДРПОУ 33295475
тел. (0432) 50-81-08, 50-81-07

Голова Правління


Г.Л. Крамер



Додаток 1 до додаткової угоди №2 до Договору добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я (приєднання)) № 108/000238, дата пропозиції 02.07.2018 р.

«Додаток №2
до Договору добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я (приєднання)) №108/000238 від 02.07.2018 р. (зі змінами)

**ПРОГРАМА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
«БАЗОВА-ЕВЕРЕСТ»**

СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума на одну Застраховану особу на один рік, грн.	50 000,00 грн.
Страховий платіж на одну Застраховану особу на один рік, грн.	1440,00 грн.
Щомісячний страховий платіж (страховий платіж за один період страхування), грн.	120,00 грн.
Страховий тариф, %	2,88%

ОПИС ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма добровільного медичного страхування «Базова-ЕВЕРЕСТ» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної) допомоги відповідно до умов Договору та обраної Програми страхування, з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення;
- нещасного випадку (травми, опіки, отруєння, тощо).

РІВЕНЬ ПОКРИТТЯ. ФРАНШИЗА

Кількість страхових випадків протягом строку дії Договору за якими Страховик здійснює 100 % страхову виплату відповідно до умов Договору	1-4 – 100%, 5 і більше -50%
Кількість звернень Застрахованої особи за одержанням медичних послуг в межах одного страхового випадку	Необмежена
Рівень клінік	А,Б (включаючи приватний центр «Статус» та Вінницький міський лікувально-діагностичний центр)

**ОПЦІЇ, ЩО ВКЛЮЧЕННІ В ПРОГРАМУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
«БАЗОВА-ЕВЕРЕСТ»:**

1. АМБУЛАТОРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Амбулаторна допомога» - ліміт 600 грн на випадок за направленням Страховика.

Дана опція включає:

- Консультації спеціалістів за профілем захворювання (за направленням Представника Страховика);
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (окрім КТ, МРТ).
- Забезпечення необхідними для лікування медикаментами, засобами медичного призначення, за призначенням лікаря



- Денний стаціонар.
- Оформлення листів непрацездатності (за можливості медичного закладу).
- Доставка медикаментів (при наявності даної послуги в регіоні і вартості замовлення більше 300 грн).
- Фізіотерапевтичні процедури (до 10 процедур)
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів, засобів медичного призначення (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА

Ліміт страхової суми опцією «Стаціонарна допомога» - у межах 5 000 грн за направленням Страховика. Рівень клінік А,Б.

Дана опція включає:

- Екстрена (ургентна, невідкладній) госпіталізація (послуги).
- Екстрене оперативне втручання.
- Медикаментозне забезпечення при екстреній (ургентна, невідкладній) госпіталізації.
- Консультації спеціалістів та обстеження за профілем захворювання.
- Терапевтичне, консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару, в т.ч. з використанням ендоскопічних методів.
- Анестезія.
- Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень.
- Доставка медикаментів до стаціонару (при наявності такої послуги в регіоні).
- Оформлення медичної документації, в т.ч. видача лікарняних листів (за можливості медичного закладу).
- Перебування у відділенні інтенсивної терапії.
- Компенсація витрачених за власний рахунок коштів на придбання медикаментів (за наявності попереднього погодження із Страховиком/Представником Страховика та інших підтверджуючих документів).

