



«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Наказом в.о. Голови Правління
ПрАТ «ІНСК»
№ 04\ОС від 27.06.2024

Редакція документа: №1/2024

Строк дії даної редакції: з «30» травня 2024 р до моменту скасування чи викладення в новій редакції (згідно з умовами відповідного Наказу по ПрАТ «ІНСК»)

Код Загальних умов страхового продукту: 102

Посилання на вебсторінку: <https://insc.com.ua/ru/strahovi-produkty/>

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ХВОРОБИ (У ТОМУ ЧИСЛІ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ)» (ЗА КЛАСОМ СТРАХУВАННЯ 2)

Загальні умови страхового продукту «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» (за класом страхування 2) (далі – Загальні умови) у Приватному акціонерному товаристві «Інноваційний страховий капітал» (далі – ПрАТ «ІНСК» або Страховик) розроблені на підставі Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 року за № 1909-IX зі змінами та доповненнями (далі – Закон України «Про страхування», Закон), нормативно-правових актів Національного банку України (далі – Регулятор, НБУ) та відповідно до вимог Положення про управління ризиками та Положення про внутрішню політику з розроблення та впровадження страхових продуктів, що затверджені в ПрАТ «ІНСК». Страховик розміщує та зберігає на своєму вебсайт у відкритому доступі всі редакції Загальних умов даного Страхового продукту із зазначенням строку їх дії упродовж терміну, визначеного законодавством. Відповідно до даних Загальних умов можуть розроблятися умови інших страхових продуктів за цим класом страхування, що містять програми страхування, інформаційну довідку згідно з законодавством про страховий продукт, шаблони заяв на страхування та договорів страхування. Загальні умови даного Страхового продукту можуть також бути частиною комплексного Договору страхування, що містить відповідний клас страхування, або окремого Договору.

Загальні умови страхового продукту «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» відображені у даному документі за наступним змістом:

№ п/п	РОЗДІЛ	сторінка
1	Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування	2
2	Умови страхового покриття	3
3	Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору	7
4	Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки	8
5	Порядок відмови від договору страхування	9
6	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	9
7	Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат	10
8	Підстави відмови у страховій виплаті	11
9	Порядок укладення договору страхування	12
10	Винятки зі страхових випадків та обмеження страхування	14
11	Порядок вирішення спорів	19
12	Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	19
	<i>Додаток 1 Базові тарифи</i>	

Максимальний розмір витрат на укладення і виконання Договору становить 60%.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Застрахована особа – фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якої укладено Договір страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування на свою користь, він одночасно є Застрахованою особою. Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника. Відомості щодо кожної Застрахованої особи зазначаються в Страховому полісі. Застрахованою особою згідно з умовами цього Договору може бути громадянин України або нерезидент (за виключенням громадян російської федерації та Республіки Білорусь) без обмежень по віку.

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

Гострий біль - реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Екстрена стоматологічна допомога – це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронарит.

Загострення хронічного захворювання - це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю та вимагає негайної медичної допомоги.

Зняття гострого болю – в рамках цього Договору надається в об'ємі забезпечення препаратами із знеболювальною дією протягом 5 днів на один випадок.

ЛПЗ (лікувально-профілактичний заклад) – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи лікувальні, медичні послуги, а також виконання інших функцій, пов'язаних з професійної діяльності медичних працівників, а саме: медичні центри, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, науково-дослідні інститути, диспансери, інститути, лабораторії, діагностичні центри, аптеки, стоматологічні заклади, оздоровчі центри (басейни, тренажерні зали) тощо незалежно від форми власності;

Медичне устаткування – це товари медичного призначення, що передбачені Українською класифікацією товарів зовнішньо-економічної діяльності (коди 9018 11 00 00 – 9021 90 90 00).

Невідкладна медична допомога (Невідкладна допомога) – медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 3-12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі не надання якої протягом 24 годин можуть виникнути важкі ускладнення не сумісні з життям.

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

Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ІННОВАЦІЙНИЙ СТРАХОВИЙ КАПІТАЛ», скорочене найменування ПрАТ «ІНСК».

Стандартний страховий продукт – страховий продукт зі стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.

Страхова виплата (страхове відшкодування) – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування та/або законодавства.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку. Страхове покриття – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до договору або закону.

Страховий захист – сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно з умовами договору страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування або відповідно до законодавства.

Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата у грошовій формі за страхування, яку страхувальник зобов'язаний сплатити страховику згідно з договором страхування.

Страховий продукт – умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги.

Страховий ризик – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

Форс-мажорні обставини - надзвичайні події або обставини, що не могли бути передбачені та/або відвернені Сторонами доступними їм засобами, а саме: загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратства, безлади, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, блокада, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, епідемія, карантин, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, будь-якої заборони або обмеження грошових розрахунків Національним банком України, а також викликані винятковими погодними умовами та стихійним лихом, а саме: сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо.

Інші визначення встановлюються згідно з законодавством України та/або, при потребі, визначаються в умовах відповідного договору страхування, якщо вони не будуть суперечити вимогам законодавства України.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. Загальні положення. Дані Загальні умови визначають загальний порядок і умови здійснення проведення страхування та регулює правовідносини між сторонами договору страхування при його укладанні.

2.1.1. Даний Страховий продукт:

2.1.1.1. включає ризик страхування на випадок хвороби та медичного страхування;

2.1.1.2. характеризується обов'язком Страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події,

на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування.

2.1.2. Договір страхування, що укладається за даним Страховим продуктом ризик “страхування на випадок хвороби” не передбачає страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання.

2.1.3. За даним Страховим продуктом можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку:

- 1) фіксована грошова виплата у межах страхової суми;
- 2) відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;
- 3) поєднання двох попередніх варіантів страхової виплати.

2.1.4. Сторонами договору страхування є Страховик та Страхувальник. Страхувальниками можуть бути дієздатні фізичні особи, фізичні особи - підприємці, юридичні особи, які уклали із Страховиком договори страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства. Згідно з умовами цього Страхового продукту Страхувальники можуть укладати із Страховиком договори страхування на користь інших фізичних осіб (Застрахованих осіб). Якщо договором страхування не передбачено інше, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь. У випадках, визначених законодавством або договором страхування, надання Застрахованою особою згоди на страхування є обов'язковим. Страхувальник, якщо інше не передбачено договором страхування та/або законодавством, має право до настання страхового випадку змінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування. За договорами страхування, якими передбачається страхування страхових ризиків, пов'язаних із страхуванням життя та здоров'я, заміна Застрахованої особи дозволяється за наявності письмової згоди такої особи та Страховика.

2.1.5. Страхувальник може визначити іншу особу (Вигодонабувача), яка відповідно до договору страхування або законодавства має право на страхову виплату, тобто при укладанні договорів страхування Страхувальником можуть бути призначені фізичні особи або юридичні особи (Вигодонабувачі) для отримання страхової виплати. Права Вигодонабувачів можуть визначатися договором страхування. Страхувальник, якщо інше не передбачено договором страхування та/або законодавством, має право до настання страхового випадку змінити вигодонабувача шляхом ініціювання внесення змін до договору страхування.

2.1.6. Укладення договору страхування на користь іншої фізичної особи (Застрахованої особи) не звільняє Страхувальника від виконання зобов'язань за цим договором страхування, якщо тільки договором страхування не передбачено інше, або зобов'язання Страхувальника виконані такою фізичною особою (Застрахованою особою).

2.1.7. Взаємовідносини між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) і Страховиком регулюються:

- а) законами України;
- б) умовами цього Страхового продукту;
- в) договором страхування.

2.1.8. Предметом договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України. Договір страхування, у якому відсутній об'єкт страхування, є нікчемним. Укладення договору страхування має передбачати наявність страхового інтересу у

потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування), крім випадків укладення договорів страхування, обов'язковість яких визначена законодавством.

2.1.9. Конкретні умови страхування визначаються в Договорі страхування та/або при укладанні договору страхування та можуть бути змінені, виключені або доповнені за згодою сторін договору страхування до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать закону України. Страховик залежно від потреб Страхувальника (Застрахованої особи) може розробляти окремі чи індивідуальні, чи базові страхові продукти (програми страхування), в т.ч. в рамках умов даного Страхового продукту або у вигляді окремих програм страхування (програм страхового продукту) та/або окремих шаблонів договорів страхування, які будуть враховувати умови страхування, які дозволять задовольняти визначені потреби та інтереси клієнтів в отриманні страхової послуги. Договір страхування може містити інші умови за згодою сторін.

2.1.10. Строк дії страхового покриття визначається Сторонами у Договорі.

2.2. Об'єктом страхування за договором страхування можуть бути здоров'я та працездатність Застрахованої особи.

2.3. Страховий тариф та страхова сума визначається в залежності від обраних умов страхування, керуючись внутрішньою політикою з андеррайтингу Страховика, що містить тарифну політику за окремим страховим продуктом.

2.4. Страховими ризиками за цими Загальними умовами є:

2.4.1. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору до Медичного асистансу Страховика або до Лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), що входить до переліку, встановленого Страховиком, при розладі здоров'я, пов'язаного з:

2.4.1.1. гострим захворюванням;

2.4.1.2. загостренням хронічного захворювання та травмою, якщо таке звернення погоджено та організовано Страховиком, з метою отримання медичних та інших послуг, передбачених Програмою страхового продукту (Програмою страхування), внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу.

2.4.1.3. нещасного випадку або інших станів визначених Договором.

2.4.2. встановлення хвороби у Застрахованої особи, що визначена у Договорі.

2.5. Смерть Застрахованої особи визнається такою, що настала внаслідок нещасного випадку, якщо вона сталася протягом 1 (одного) місяця від дня настання нещасного випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування. При цьому смерть Застрахованої особи повинна бути прямим, незалежним від будь-яких інших чинників, наслідком тілесних ушкоджень, заподіяних зовнішнім, випадковим шляхом, існують докази у вигляді синців або ран тощо та вказано відповідну причину події у свідоцтві про смерть.

2.6. Факт відсутності останків (тіла), неможливості його ідентифікації чи неможливості встановлення причини смерті призводить до невизнання випадку «смерть внаслідок нещасного випадку» страховим, крім випадків, коли цей факт (смерть внаслідок нещасного випадку за обставин, які відносяться до страхових випадків) визнано у судовому порядку.

2.7. Договором страхування, укладеним на умовах цих Загальних умов, може бути передбачено страхування на випадок настання захворювання або хвороби Застрахованої особи.

2.8. За згодою Сторін Договором страхування страхові ризики, застраховані наслідки захворювання (хвороби) та умови страхування, зазначені у цих Загальних умовах, можуть бути змінені, доповнені або замінені іншими загальноприйнятими в міжнародній страховій практиці, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

2.9. Грошовий еквівалент страхового захисту визначається як фіксована грошова виплата у межах страхової суми та/або відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості.

2.10. Страховий захист може діяти на території усього світу, однієї конкретної країни, в т.ч. України, або однієї географічної зони світу.

2.11. Страховий захист не поширюється на території де відбуваються воєнні дії або збройні конфлікти або зони, які знаходяться під санкціями України, ООН, ЄС, Сполучених Штатів Америки, Великої Британії та Північної Ірландії, включаючи території російської федерації, Республіки Білорусь, Ісламської республіки Іран, Північної Кореї, Республіки Союзу М'янма, Куби, Сирії, Лівану, Ємену.

2.12. В залежності від умов страхування, Договір страхування, може передбачати обмеження страхування.

2.13. Страховий захист починає діяти залежно від умов Договору страхування з 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата початку строку його дії.

2.14. Договір страхування набирає чинності не раніше моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.15.. Страхова сума може бути встановлена за окремим об'єктом страхування, страховим випадком, групою страхових випадків, договором страхування в цілому.

2.16.. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником або відповідно до законодавства під час укладення договору страхування або внесення змін до такого Договору. На умовах цього Страхового продукту, якщо договором страхування не передбачається інше, то розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником для кожної Застрахованої особи окремо, якщо інше не передбачено договором страхування.

2.17. Відповідальність Страховика перед Страхувальником (Застрахованою особою) обмежена страховою сумою, що визначена в договорі страхування.

2.18. У договорі страхування в межах страхової суми можуть визначатися ліміти відповідальності Страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо.

2.19. Лімітом відповідальності Страховика є встановлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат, при досягненні якого договір страхування закінчує свою дію в цілому або у відношенні страхових випадків (страхових ризиків), відповідно до яких здійснювалися страхові виплати, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

2.20. Договором страхування також можуть встановлюватись ліміти відповідальності Страховика по страховій виплаті:

- а) на кожную Застраховану особу;
- б) по визначеному страховому випадку (страховому ризику);
- в) при відшкодуванні витрат, пов'язаних зі страховим випадком (страховим ризиком);
- г) інші ліміти, передбачені Договором страхування.

2.21. Договором страхування може передбачатися франшиза за згодою Сторін.

2.22. Страхові тарифи обчислюються Страховиком математичними, статистичними та/або економічними методами з урахуванням статистики настання страхових випадків та ймовірного розміру збитків, характеристик об'єкта страхування, розміру франшизи та інших умов страхування. На умовах цього Страхового продукту розміри базових річних страхових тарифів при страхуванні від нещасного випадку наведено у Додатку № 1 до цього Страхового продукту. Ці тарифи є базовими і можуть застосовуватись у якості методики розрахунку страхових тарифів при страхуванні від нещасних випадків та/або професійного захворювання (в т.ч. для внутрішньої політики з андеррайтингу та/або тарифної політики за окремим страховим продуктом (програмою страхування), або ж застосовуватись для визначення страхових тарифів за конкретним договором страхування. На підставі цих базових тарифів Страховик також може розробляти окремі методики розрахунку страхових тарифів при страхуванні від нещасних випадків (в т.ч. для внутрішньої політики з андеррайтингу та/або тарифної політики за окремим страховим продуктом, на підставі якого укладаються договори страхування), або ж розробляти необхідні для Страховика методики чи політики без врахування даних базових тарифів.

2.23. Залежно від особливостей даного Страхового продукту або у випадках, передбачених законодавством, визначення страхового тарифу в договорі страхування може бути необов'язковим.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страховик зобов'язаний:

у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором або законом строк;

у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами договору страхування;

забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону.

3.2. Страховик має право:

перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору;

подавати запити в компетентні органи стосовно інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку;

у випадку порушення Страхувальником умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;

проводити незалежну експертизу обставин страхового випадку, у разі необхідності призначати медичну комісію з метою обстеження Застрахованої особи, а також іншу експертизу стосовно страхової події;

здійснювати фіксацію технічними засобами телефонних переговорів стосовно страхових випадків;

відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Договором та чинним законодавством України;

відмовити у відшкодуванні будь-яких непрямих збитків Застрахованої особи;

передавати інформацію про Застраховану особу, зокрема, але не виключно персональні дані, що стосуються здоров'я Застрахованої особи (результати обстежень, висновки лікарів тощо), в самостійно обраний медичний заклад для перевірки діагнозу, призначеного лікування та будь-яких інших обставин, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у такій виплаті, проведення розслідування щодо правомірності здійснення страхової виплати.

застосовувати націнки (підвищений коефіцієнт) при оцінці ризику.

3.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

надати відомості про об'єкт страхування, включаючи інформацію про чинні Договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;

перед укладенням договору страхування поінформувати страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття страховиком рішення про укладення договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за договором страхування;

повідомити страховику про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо застрахованого майна, в тому числі у вигодонабувача (у разі визначення такої особи в договорі страхування);

сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування;

протягом строку дії договору страхування, але не пізніше 2-х днів від настання, повідомляти страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування;

інформувати страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування;

вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

надати Страховику всі необхідні документи щодо страхового випадку для прийняття рішення про здійснення страхової виплати або страхового відшкодування;

виконувати вказівки Асистансу (лікаря) та Страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням невідкладних медичних та інших послуг, передбачених Договором;

надати Страховику або його представнику можливість з'ясувати причини та обставини страхового випадку, перевірити всі представлені йому документи.

надати право Страховику на отримання будь-якої інформації, в тому числі що відноситься до лікарської або/та комерційної таємниці стосовно Страхувальника (Застрахованої особи), а також на вимогу Страховика надати йому необхідні повноваження на одержання від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали Страхувальнику (Застрахованій особі) послуги, передбачені умовами Договору) будь-якої інформації, пов'язаної зі страховим випадком; письмово повідомити Страховика про зміну своїх ідентифікаційних даних протягом 10 (десяти) робочих днів з дня, коли ці зміни стали відомі Страхувальнику із зазначенням нових даних або наданням відповідних документів чи їх копій, завірених належним чином: ідентифікаційних даних щодо назви, місцеперебування, керівних органів, кінцевих бенефіціарних власників, банківських реквізитів, інших відомостей з ідентифікації, що були надані Страховику під час укладення Договору

повідомити Застраховану особу будь-який спосіб про укладений на її користь Договір страхування та ознайомити її з умовами цього Договору.

3.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та порядку, встановленому умовами даного Договору;

звертатися до Страховика за вказівками щодо порядку отримання необхідної допомоги;

у випадку порушення Страховиком умов Договору вимагати дострокового припинення дії Договору;

на отримання дубліката Договору страхування у випадку його втрати (один раз за строк дії Договору) на підставі письмової заяви Страхувальника/Застрахованої особи про надання дубліката протягом 30 календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування на її користь.

3.5. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені, розмір якої дорівнює 0,1% від суми заборгованості за кожен день прострочення, але не більше 3% (трьох відсотків) від суми страхової виплати (страхового відшкодування).

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

4.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:

- закінчення строку дії Договору;

- виконання Страховиком зобов'язань за Договором у повному обсязі;
- прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених «Про страхування»;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

4.2. У разі несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором строки цей Договір є таким, що не набрав чинності. При цьому Страховик не надсилає Страхувальнику письмову вимогу щодо необхідності сплати страхового платежу та письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору. Кошти, які надійшли на рахунок Страховика (вповноваженого Страхового агента Страховика) несвоєчасно, вважаються перерахованими помилково та не поновлюють дію цього Договору, та підлягають поверненню Страхувальнику в повному обсязі на його рахунок на підставі його письмової заяви.

4.3. Дію Договору може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до передбачуваної дати припинення дії Договору.

4.4. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням частки витрат на укладення і виконання Договору, а також фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

4.5. У разі дострокового припинення Договору на вимогу Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником обов'язків за Договором, то Страхувальнику повертається страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням частки витрат на укладення і виконання Договору, а також фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

4.6. У разі дострокового припинення дії Договору на вимогу Страхувальника, обумовлену невиконанням Страховиком зобов'язань за цим Договором, Страхувальнику повністю повертаються сплачені ним страхові платежі.

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- 1) випадків, коли строк Договору страхування становить менш як 30 календарних днів;
- 2) якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування.

5.2. Відмова Страхувальника від Договору страхування здійснюється шляхом направлення Страховику письмового повідомлення (поштою або на адресу електронної пошти Страховика) про таку відмову не пізніше, ніж за 10 (тридцять) календарних днів до дня відмови. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, Страховик протягом 30 (тридцяти) календарних днів повертає Страхувальнику страховий платіж.

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

6.1. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, Застрахована особа або її представник повинен:

6.1.1. Негайно, але в будь-якому разі не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту настання події, звернутися до Страховика/Асистансу за телефонами, вказаними в Договорі страхування, та отримати інформацію щодо подальших дій.

6.1.2. Самостійно звернутися для отримання медичної допомоги до медичного закладу, що має відповідний дозвіл (ліцензію) на здійснення медичної діяльності.

6.1.3. Повідомити Страховику наступну інформацію, якщо інше не передбачено Договором страхування:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Договору страхування;
- місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- докладний опис обставин події.

6.1.4. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Страховика щодо своїх подальших дій. На вимогу Застрахована особа повинна надати документи, що підтверджують її особу та Договір страхування.

6.1.5. Про настання розладу здоров'я в результаті професійного захворювання Застрахована особа має надати Страховику медичний висновок відповідної форми.

6.1.6. У випадку наявності об'єктивних причин за яких Застрахована особа не могла своєчасно повідомити про страховий випадок - документально підтвердити причини.

6.1.7. Сприяти вживанню Страховиком необхідних заходів щодо визначення причин страхового випадку, розмірів понесених витрат.

6.1.8. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

6.1.9. Договором страхування можуть бути передбачені інші (та/або додаткові) дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні події, що може бути визнана страховим випадком згідно з умовами конкретного Договору страхування.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту), зазначеної в Програмі страхування. Компенсація вартості самостійно витрачених коштів за погодженням зі Страховиком здійснюється у розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом ЛПЗ, передбачених Програмою страхування.

7.2. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку, визначається на підставі рахунків ЛПЗ.

7.3. Одержувачами страхової виплати за Договором можуть бути:

7.3.1. ЛПЗ, що надавав передбачену Договором медичну допомогу Застрахованій особі;

7.3.2. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги.

7.4. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого чинним законодавством порядку. Якщо Застрахована особа втратила дієздатність впродовж строку дії цього Договору - одержувачем страхової виплати є її законні представники.

7.5. Якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, для отримання страхової виплати Страховику надаються документи, перелік яких визначено п. 7.5.1., які оформлені відповідно до вимог п. 7.5.2.

7.5.1. Перелік документів:

- письмова заява на страхове відшкодування із зазначенням способу отримання коштів;
- копія паспорта;
- копія довідки про присвоєння РНОКПП;
- оригінал платіжного документа: фіскальний (касовий) чек або відривний корінець прибутково-розрахункового касового ордера або товарний чек для ФОП;
- акт виконаних робіт/наданих послуг, засвідчений оригінальною печаткою закладу, що надав послуги;

- витяг з стаціонарної картки;
- направлення на консультації / обстеження;
- копії результатів обстежень / досліджень, (якщо такі проводились);
- виписка (епікриз) з історії хвороби, (у разі стаціонарного лікування);
- рецепти або інші медичні документи з зазначенням ПІБ Застрахованої особи, які підтверджують призначення медикаментів (в разі самостійної сплати вартості медикаментів);
- копії документів ЛПЗ: свідоцтво державної реєстрації, ліцензії на медичну практику, свідоцтво платника податку на поточний рік для ФОП (якщо Медичний асистанс не має договірних відносин з ЛПЗ);
- оригінал або копія довідки з пологового будинку про народження дитини, в разі відсутності довідки – нотаріально завірене свідоцтво про народження дитини;

7.5.2. Правила оформлення документів, що подаються разом із заявою на страхове відшкодування:

- документи на відшкодування можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників або нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених печатками закладу, який видав відповідний документ; простих копій, за умови надання Страховику можливості порівняння їх з оригінальними примірниками документів;
- документи повинні бути оформлені відповідно до чинного законодавства України;
- документи повинні бути підписані уповноваженими особами із зазначенням ПІБ та посади підписанта.

У разі зміни до переліку документів зазначених у цьому п. 7.5. у зв'язку зі змінами чинного законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ або вимог до бухгалтерського обліку, Страховик та Страхувальник приймають такі зміни беззастережно.

7.6. Рішення про здійснення страхової виплати, продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту отримання документів, зазначених у Договорі. У разі продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні страхової виплати, Страховик інформує Застраховану особу письмово з обґрунтуванням причин подовження / відмови.

У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик, на підставі отриманих документів складає Страховий Акт.

7.7. Якщо неможливо визначити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих документів, Страховик подовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 30 (тридцять) робочих днів з дня отримання останнього документу.

7.8. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати шляхом, зазначеним у Заяві на страхове відшкодування.

Страхова виплата, що здійснюється шляхом оплати вартості медичної послуги ЛПЗ, здійснюється на рахунок ЛПЗ у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком (або уповноваженим ним Медичним асистансом) та зазначеними ЛПЗ.

7.9. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.

7.10. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

7.11. Страхова сума (ліміт страхової суми), зазначена в Договорі та Програмі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

7.12. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором та Програмою страхування стосовно Застрахованої особи.

7.13. Застрахована особа надає право Страховику на отримання необхідної інформації від ЛПЗ, а ЛПЗ надавати Страховику інформацію щодо її стану здоров'я та отриманої медичної допомоги у цьому закладі та використовувати отриману інформацію згідно з умовами цього Договору із дотриманням конфіденційності.

8. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставами для відмови у страховому відшкодуванні (виплаті) є:

- 8.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями; вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 8.1.2. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 8.1.3. одержання страхувальником повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків;
- 8.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків);
- 8.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;
- 8.1.6. наявність інших підстав, встановлених законодавством або Договором страхування.
- 8.2. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з моменту одержання всіх необхідних документів за Договором або Загальними умовами, якщо інший строк не передбачений умовами Договору. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування письмово повідомляється Страхувальнику протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови, якщо інший строк не передбачений умовами Договору.
- 8.3. Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 9.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховикові заяву про страхування за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. При цьому Страховик має право організувати та вимагати від особи, на користь якої укладається Договір страхування, проведення медичного обстеження довіреними лікарями Страховика або запропонувати їй заповнити декларацію про стан здоров'я.
- 9.2. При укладанні Договору страхування Страховик може вимагати надати:
- 9.2.1. Документи, що посвідчують особу (паспорт, закордонний паспорт тощо);
- 9.2.3. Медичну довідку встановленого зразка про стан здоров'я (за вибором Страховика);
- 9.2.6. інші відомості про всі обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, що відомі або повинні бути відомі Страхувальникові (Застрахованій особі);
- 9.3. Запитання Страховика, які включені до заяви про страхування, разом із відповідями Страхувальника становлять інформацію, що має істотне значення для оцінки страхового ризику та укладення Договору страхування. Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, чиєю рукою або якими технічними засобами вона заповнена.
- 9.4. Подання заяви про страхування не зобов'язує жодну зі сторін укладати Договір страхування.
- 9.5. Страхувальник несе відповідальність за правдивість та повноту інформації, яку він надає при укладенні Договору страхування, що характеризує ступінь страхового ризику. У випадку надання неправдивої інформації або ненадання (приховування) інформації, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати при настанні страхового випадку.

9.6. На підставі даних, зазначених у заяві про страхування, Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування. У разі укладення Договору страхування на підставі письмової заяви Страхувальника, вона стає невід'ємною частиною Договору страхування.

9.7. Договір страхування укладається між Страхувальником і Страховиком в письмовій формі у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі сторін. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

9.8. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування може бути укладений як з кожним членом групи, так і один на всю групу.

9.9. Для укладення Договору в електронній формі, Страхувальник повинен (за винятком випадків, передбачених цим Договором) самостійно або за допомогою Страхового посередника зайти в Інформаційно-телекомунікаційну систему (ІТС) Страховика/Страхового посередника, що розміщена на вебсторінці в мережі Інтернет та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору, зазначивши інформацію про себе та Застраховану особу: прізвище, ім'я та по батькові, дату народження, адресу, номер мобільного телефону, іншу інформацію, необхідну для укладення Договору, а також обов'язково ознайомитись з умовами страхування, Інформацією про стандартний страховий продукт та підтвердити надання згоди на обробку персональних даних.

9.10. Договір може укладатися шляхом приєднання Страхувальника до оферти, що розміщена на офіційному вебсайті Страховика за посиланням: <https://insk.com.ua/ua/publiczni-oferti>.

9.11. Заповнення Страхувальником даних про себе, оплата страхового платежу (премії) підтверджує прийняття Страхувальником умов Договору і є акцептом в розумінні ст. 642 Цивільного кодексу України.

9.12. Договір підписується Страхувальником із використанням одноразового ідентифікатора. Для підписання Договору одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону в смс або у застосунок Viber/Telegram/Whatsapp, або інший застосунок, що використовується Страхувальником. Перед підписанням Договору Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їх достовірність. Для підписання Договору одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці (ІТС) Страхового посередника в мережі Інтернет та підтверджує його введення.

9.12. Після підписання Договору Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий платіж одним зі способів запропонованих в ІТС Страховика або його Повіреного.

9.13. Після оплати страхового платежу підписаний Страхувальником Поліс та копія Оферти в електронній формі направляється Страхувальнику на адресу електронної пошти, зазначену Страхувальником під час оформлення заявки. Сторони домовились, що вчинення таких дій є належним врученням Договору страхування Страхувальнику. Поліс є підтвердженням укладення Договору страхування і містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування. Поліс, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

9.14. На письмову вимогу Страхувальника Договір виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставленню печатки. При відтворенні на папері Договору Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори, а також відтворення відбитка печатки технічними друкувальними приладами.

9.15. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним акцепту Оферти.

9.16. Страховик не несе відповідальності за шкоду або збитки, понесені будь-якою особою у результаті нерозуміння / помилкового розуміння умов цього Договору. Якщо Страхувальнику

незрозумілі або не повністю зрозумілі умови цього Договору, до здійснення акцепту та оплати страхових платежів може звернутися до Страховика за його роз'ясненнями.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Не можуть бути застраховані, якщо інше не встановлено Договором, особи, які:

- недієздатні;
- мають онкологічні хвороби будь-якої локації, тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи (вади серця, ревматизм, хронічна недостатність ПВ), гепатит В, С, цукровий діабет, цироз печінки, ниркову недостатність, СНІД або пов'язані зі СНІДом хворобами; доброякісні новоутворення головного мозку.

10.2. Страховик не сплачує вартість, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

10.2.1. медичних та інших послуг, які не відповідають чинним протоколам лікування (міжнародним клінічним протоколам відповідно до Наказу МОЗ України № 1422 від 29 грудня 2016 р., які розміщені на сайті: <http://guidelines.moz.gov.ua/> або за чинними Протоколами та стандартами надання медичної допомоги, розміщених на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» mtd.dec.gov.ua);

10.2.2. медичної допомоги, наданої з приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

10.2.3. медичної допомоги, наданої ЗО поза межами місця дії Договору;

10.2.4. медичної допомоги (послуг), наданої ЗО з приводу будь-якого захворювання або травми, які сталися з ЗО внаслідок військових (бойових) дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), участі у страйках, демонстраціях, громадських заворушеннях, терористичних актах, участі у будь-яких військових операціях або операціях військового типу, антитерористичних операціях, операціях спрямованих на встановлення громадського порядку тощо;

10.2.5. медичної допомоги (послуг), наданої ЗО внаслідок захворювань або станів організму або відстрочених наслідків розладу здоров'я, які були викликані дією на організм людини іонізуючого випромінювання, радіоактивних, токсичних, хімічних речовин, у тому числі у зв'язку із забрудненням території вказаними речовинами та/або ліквідацією ЗО наслідків такого забруднення, лікування гострих та хронічних променевих уражень;

10.2.6. медичних послуг, наданих у зв'язку з необхідністю отримання дозволу на право керування автомобілем, на право використання зброї, та отримання інших довідок (вступу до навчальних/дитячих закладів тощо), не пов'язаних із лікувальним процесом, окрім довідок для відвідування басейну. Також не оплачує вартість тестів на професійну придатність, диспансерного обстеження, спостереження;

10.2.7. медичної допомоги внаслідок захворювання або нещасного випадку пов'язаного з польотами у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли ЗО виступає у ролі пасажирів цивільного апарату, власник/перевізник якого має державну ліцензію на повітряне перевезення пасажирів;

10.2.8. медичної допомоги (послуг), наданої ЗО з приводу будь-якого захворювання або травми, які сталися внаслідок протиправних дій або бездіяльності ЗО, які передбачають притягнення особи до кримінальної або адміністративної відповідальності;

10.2.9. експериментального та нетрадиційного лікування (діагностика по Фоллю, біоенергетика, гірудотерапія, озонотерапія, склеротерапія, гіпноз, рефлексотерапія тощо), методи діагностики та лікування яких, не затверджені МОЗ України в Наказах "Про затвердження клінічних протоколів лікування";

10.2.10. перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;

10.2.11. послуг та товарів, що не є необхідними з медичного погляду, для діагностики або

лікування захворювання, в тому числі сплата 2 — х та більше препаратів з одною основною діючою речовиною (при 1 нозології), окрім випадків призначення їх в умовах стаціонару (однієї фармакотерапевтичної групи (<http://mozdocs.kiev.ua>) при амбулаторно-поліклінічній допомозі);

10.2.12. отримання послуг, препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування у стаціонарі чи лікування амбулаторно, що не були письмово рекомендовані лікувальними установами, посвідчені лікарями медичної бази та/або Асистуючої компанії, як призначені згідно протоколів МОЗ;

10.2.13. лікування травм, отриманих ЗО внаслідок керування транспортними засобами в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, а також внаслідок передачі керування транспортним засобом особі, яка перебувала в стані такого сп'яніння чи під впливом таких лікарських препаратів, або передачі керування транспортним засобом особі, що не має відповідного права управління транспортним засобом, травм, отриманих ЗО внаслідок настання дорожньо-транспортної пригоди, за умови свідомого знаходження ЗО в транспортному засобі з водієм, який знаходився у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції;

10.2.14. пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія), косметологічних операцій та процедур, операцій на серці, провідної системи та судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії Договору;

10.2.15. придбання медичного устаткування, виробів медичного призначення (медичні вироби), що замінюють та/або корегують функції уражених органів, в т.ч. тимчасових пристроїв, що використовуються при операціях метало остеосинтезу, грижові сітки, стенти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, артроскопічні набори, протези, резольютивні болти, гвинти, спиці, пралінова сітка, електроди, ріжучі петлі, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу;

10.2.16. вживання медичних препаратів та інших речовин, а також застосування методів лікування, не призначених лікарем (самолікування);

10.2.17. медичної допомоги, необхідність надання якої настала у зв'язку із самогубством чи спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

10.2.18. лікування у медичних закладах, у випадках, що не є терміновим (не екстрені випадки), та які не є погодженими з Асистуючою компанією;

10.2.19. по амбулаторно-поліклінічній допомозі: мануальна терапія, кінезотерапія, ЛФК, голковколювання, масаж.

10.3. Страховик не оплачує витрат на лікування хронічних захворювань (діагностику та лікування) (окрім загострень, що загрожують життю ЗО), в тому числі:

10.3.1. хронічних алергічних захворювань (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт т.д.), окрім випадків станів декомпенсації, що загрожують життю ЗО (наприклад: набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів);

10.4. Страховик не оплачує медичні витрати у разі наступних захворювань та розладів здоров'я (діагностики та лікування), якщо інше не передбачено Програмою страхування:

10.4.1. дисплазії шийки матки, будь-якої медичної допомоги, що безпосередньо чи опосередковано пов'язана з чоловічим чи жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним перериванням вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями), штучним заплідненням, сексуальними дисфункціями, клімаксом, синдромом виснажених яєчників, порушеннями менструального циклу, полікістозом яєчників, галакторією, а також контрацепційних операцій (встановлення внутрішньо маткової спіралі,

операціях стерилізації), операцій по зміні статі, визначення гормонів репродуктивної панелі, а також діагностику та лікування дисгормональних станів (аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія, гіперпролактинемія, гіперандрогенія);

10.4.2. забезпечення тестами на виявлення вагітності;

10.4.3. лікування інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення, будь-яких інших імунодефіцитних станів;

10.4.4. лікування алкоголізму, наркотичної залежності, токсикоманії або іншого стану залежності, будь-якого виду, а також лікування будь-яких захворювань чи травм, що безпосередньо чи опосередковано спричинені станом такої залежності, вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або які прямо чи опосередковано є наслідком алкогольного чи наркотичного сп'яніння;

10.4.5. медичної допомоги, наданої у зв'язку із психічними захворюваннями, психічними розладами та їх ускладненнями. Різних травм та соматичних захворювань, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

10.4.6. проведення косметичних операцій (в тому числі та стоматологічних) та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, курсів лікування з приводу ожиріння;

10.4.7. проведення оперативних втручань, пов'язаних з пересадкою органів і тканин ЗО (окрім пересадки тканин, як етап лікування травматичного ушкодження), протезування, ендпротезування;

10.4.8. медичних послуг, пов'язаних з проведенням донорських операцій, коли донором або реципієнтом є ЗО, а також наслідків цих операцій;

10.4.9. реабілітації, окрім випадків необхідної реабілітації після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів;

10.4.10. протезування дефектів кінцівок, очей;

10.4.11. профілактичне лікування, санаторно-курортне лікування;

10.4.12. лікування будь-яких вроджених вад чи дефектів (аномалій);

10.4.13. спадкових захворювань (в тому числі з порушенням хромосомного набору);

10.4.14. лікування дефектів мовлення;

10.4.15. лікування синдрому «сухого ока»; патології ока, що потребує застосування «штучної сльози»;

10.4.16. консультації, діагностики та лікування інвазивних хвороб шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.) та інших органів;

10.4.17. ревматизму, саркоїдозу та муковісцидозу, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

10.4.18. вікових та дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань (кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз, енцефалопатія та інше);

10.4.19. системних захворювань сполучної тканини (ДОА, ревматоїдний артрит, подагра, системний червоний вовчак та ін.) та їх наслідків;

10.4.20. захворювань крові, хронічних захворювань периферійних судин (облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність; варикозна хвороба, крім гострих станів, а саме: гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі);

10.4.25. хребцевої кили, спондилоартрозу, спондилолістезу, остеохондрозу, окрім випадків зняття гострого больового синдрому (больовий, м'язево-тонічний та набряковий синдроми);

10.4.22. аутоімунних та демієлінізуючих захворювань;

10.4.23. дерматологічних захворювань (в т.ч. псоріазу, нейродерміту, екземи, себореї, сонячних опіків, мікозів, корости, вітиліго, педикульозу, atopічного дерматиту, вугрової хвороби, мозолів, бородавок, папілом, алопеції, контагіозного молюску, демодекозу), інших

паразитарних хвороб шкіри;

10.4.24. синдрому подразненого кишківника, дисбактеріозу, дисбіозу, диспанкреатизму;

10.4.25. стаціонарного лікування, яке продовжується після закінчення дії Договору та триває понад 14 днів;

10.4.26. особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера, сибірська виразка та інші) у разі, якщо урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемічний стан з цієї інфекції;

10.4.27. новоутворень доброякісних та злоякісних, онкологічних захворювань, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

10.5. Страховик не оплачує вартість, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

10.5.1. стимуляторів загальної дії (Бальзам Бітнера, Біовіталь тощо), біологічно активних добавок (БАДів) та харчових добавок (домішок), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), гіполіпідемічних препаратів (у т.ч. статинів, крім випадків захворювання гострим інфарктом міокарда протягом 2-х місяців), простагландинів;

10.5.2. імуномодуляторів, біостимуляторів, бактеріофагів, адаптогенів, психотропних (нейролептиків, транквілізаторів, антидепресантів), снодійних та заспокійливих засобів (персен та ін), цитостатиків, препаратів урсодезоксіхолієвої кислоти (урсофальк та інші), агоністів та антогоністів гонадотропін-релізінг гормонів, матеріалів для алло - і ксенопластики, проведення алергоскрінінгу, алергологічні панелі, імунограма, ліпідограма, проведення системної імунотерапії алергічних захворювань;

10.5.3. дезінфікуючих засобів, медичних інструментів, предметів гігієни та догляду, шампунів, кремів, паст та інше;

10.5.4. препаратів для проведення щеплень, крім вакцинації проти грипу;

10.5.5. проведення процедур з корекції зору в тому числі при комп'ютерному синдромі, міопії, гіперметропії, астигматизмі, конусі, косоокості, амбліопії, глаукомі (в т.ч. апаратне лікування). Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактична лазерна коагуляція сітківки ока;

10.5.6. діагностики та лікування функціональних розладів, дистоній різного генезу (в т.ч. вегето-судинної дистонії (ВСД, НЦД), періодів адаптації організму, крім періоду надання невідкладної допомоги;

10.5.7. комплексного лікування захворювань та станів, що вимагає застосування постійної замісної терапії.

10.5.8. комплексного лікування станів, що вимагає застосування тривалої терапії терміном понад 30 днів (гормональні, ферментні, антигіпертензивні препарати та ін.);

10.5.9. лікарських засобів (медикаментів), необхідних для проведення тривалого або постійного приймання при хронічних захворюваннях (станах) (крім стадії вираженого загострення, в період якого покриваються медикаменти до стабілізації стану здоров'я) строком понад 30 днів та не більше одного загострення протягом строку дії договору, якщо інше не передбачено програмою ;

10.5.10. придбання, прокат, ремонт допоміжних засобів медичного користування (милиць, тростин, окулярів, контактних лінз, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, протезів, коміру Шанса, бандажів тощо).

10.6. Страховик не сплачує вартість таких медичних послуг (витрат), якщо інше не передбачено обраною Програмою страхування:

10.6.1. обстеження та лікування будь-яких хронічних хвороб в стадії ремісії та/або компенсації;

10.6.2. протезування та імплантації зубів;

10.6.3. хірургічних операцій з використанням апарату штучного кровообігу, операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування), протезування клапанів серця і суглобів;

10.6.4. планових хірургічних операцій ока (в т.ч. лазерна корекція зору);

10.6.5. наданих з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними

програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення і т.д.), крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів т.д.);

10.6.6. будь-яких операцій чи лікування, що незавершені чи очікуються до початку набрання чинності цього Договору, а також операції, які встановлені в плановому порядку (планові операції);

10.6.7. лікування захворювань, у тому числі травм, набутих в результаті професійного заняття спортом (під час тренувань та змагань), або заняття та змагань екстремальними видами спорту на аматорському рівні (альпінізм, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, катання на лижах, парашутним спортом, дайвінгом, бобслеєм, авторалі тощо);

10.6.8. звичайних планових (профілактичних) обстежень (оглядів), якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику, обстежень на МСЕК, медичних комісій (для вступу до навчальних закладів, водіїв, одержання дозволу на носіння зброї тощо);

10.6.9. вакцинацій та вітамінізації ЗО;

10.6.10. будь-яких оглядів, лікування та профілактичних заходів, необхідність отримання яких безпосередньо чи опосередковано пов'язана з вагітністю, пологами чи народженням дитини;

10.6.11. альтернативної медицини (голкорексфлексотерапія, мануальної терапії, гіпнозу, психотерапії, іридіодіагностики, біокорекції, рефлексотерапії, гірудотерапії та т.д.), гомеопатичного та фітотерапевтичного лікування;

10.6.12. оздоровчих процедур (відвідування басейну, масаж і т.д.);

10.6.13. діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом), відповідно до класифікації ВОЗ, таких як, гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, герпес вірусу 2 типу, папіломо вірусу;

10.6.14. діагностика та лікування ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес вірус, вірус Епштейн- Барра);

10.6.15. гепатити будь-якої етіології (крім гепатиту А), жирові дистрофії, цирозів;

10.6.16. діагностики та лікування професійних хвороб згідно з наказами МОЗ України;

10.6.17. консультацій психоневролога, психотерапевта, психоаналітика;

10.6.18. медичних маніпуляцій на дому (масаж, ін'єкції, забір аналізів тощо), окрім випадків для тяжкохворих пацієнтів та пацієнтів з призначеним лікарем ліжковим режимом;

10.6.19. надання додаткового комфорту, а саме кондиціонера, зволожувача повітря, послуг перукаря, косметолога;

10.6.20. медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії Договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії Договору.

10.7. Не підлягають відшкодуванню Страховиком благодійні внески здійснені Застрахованою особою до медичних закладів..

10.8. Страховик не оплачує:

10.8.1. вартість препаратів (їх аналогів), виробів медичного призначення наявних на день звернення у медичному закладі відповідно до даних сайту <https://eliku.in.ua> або даних іншого офіційного сайту на якому розміщено інформацію щодо стану забезпечення, наявних залишків лікарських засобів згідно Наказу МОЗ від 2 червня 2016 року N 509 (зі змінами), розпоряджень обласних державних адміністрацій;

10.8.2. оплату консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги, забезпечення та/або організація проведення необхідних лабораторних досліджень, якщо така допомога передбачена Програмою державних медичних

гарантій «Профілактика, діагностика, спостереження та лікування в амбулаторних умовах», що сплачується коштом НСЗУ при направленні сімейного лікаря,

10.8.3. курс лікування протягом одного та кожного страхового випадку більше 30 (тридцяти) днів з дати початку лікування.

10.3. Дія страхового захисту та обов'язки по оплаті вимог чи послуг можливі тією мірою та до тих пір поки це не суперечить економічним, торговельним або фінансовим санкціям чи ембарго, встановленим ООН, Сполученими Штатами Америки, Сполученим Королівством Великої Британії та Північної Ірландії, Швейцарії у відношенні до: російська федерація, Республіка Білорусь, Ісламська республіка Іран, Куби, Сирії, Афганістан, ДР Конго, Ірак, Корейська Народно-Демократична Республіка, Ліберія, Ліван, Сомалі, Судан, Сьєрра-Леоне, Кот-д'Івуар.

10.4. Договором страхування можуть бути передбачені додаткові або інші винятки зі страхових виплат, ніж зазначені у цих Загальних умовах, які погоджені зі Страхувальником та не суперечать законодавству.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Сторони мають вирішувати спори шляхом переговорів.

11.2. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору та положеннями Загальних умов страхового продукту, застосовуються умови, визначені Договором. Питання, не передбачені, цим Договором та Загальними умовами умови регламентуються чинним законодавством України.

11.3. Спори, які Сторонам не вдалося вирішити шляхом переговорів, підлягають вирішенню в судах України відповідно до чинного законодавства України.

11.4. Сторони, керуючись ст. 27 Цивільного процесуального Кодексу України визначили, що позови до Страховика повинні розглядатися судом у місті Києві за місцеперебування Страховика.

11.5. Судовий захист прав та законних інтересів, які мають Сторони у зв'язку з Договором, в тому числі розгляд та вирішення спорів, які виникають при виконанні або припиненні цього Договору, включаючи спори про відшкодування завданих порушенням Договору збитків та недійсність Договору, підлягають остаточному вирішенню у судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа (її представник) / Страхувальник / Вигодонабувач має звернутись до Страховика.

12.2. Реквізити для листування: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «ІННОВАЦІЙНИЙ СТРАХОВИЙ КАПІТАЛ», Місцезнаходження: 01033, місто Київ, вулиця Саксаганського, будинок 3, літера А.

12.3. Телефон для консультування та/або звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку: +38(044) 371-17-17.

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Таблиця № 1

Медичне страхування

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф залежно типу звернення, %			
	Гостре захворювання	Загострення хронічного захворювання	Ушкодження внаслідок нещасного випадку	Інші випадки звернень
до 1 року	15%	0,5%	0,5%	10%
від 1 року до 3 років	10%	0,5%	2%	10%
від 4 років до 14 років	9%	1%	2%	3%
від 15 років до 17 років	4%	1%	0,5%	1%
від 18 до 40 років	3%	3%	0,5%	1%
від 40 років до 65 років	3%	4%	1%	1%
від 66 і старше	8%	15%	2%	5%

Таблиця № 2

Страховування на випадок хвороби

Страхові випадки	Страховий тариф, %
Смерть (загибель) Застрахованої особи	0,8
Встановлення інвалідності (в тому числі, змінення групи інвалідності на вищу) Застрахованій особі	2,0
Виникнення у Застрахованої особи будь-якого первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, що призвело до необхідності її безперервного стаціонарного або амбулаторного лікування	4,5
Виникнення у Застрахованої особи хронічної хвороби, яка протікає без періодів загострень, яка вперше виникла та яку було діагностовано протягом строку дії Договору страхування, що призвело до необхідності її безперервного стаціонарного або амбулаторного лікування	2,5

Захворювання Застрахованої особи однією з критичних хвороб, передбачених у Таблиці розмірів страхових виплат у зв'язку з настанням страхового випадку (таблиця 2.1 Загальних умов)	2,5
Виникнення у Застрахованої особи будь-якого первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, що призвело до необхідності її стаціонарного лікування	3,0
Виникнення у Застрахованої особи будь-якого первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, що призвело до необхідності	2,5

В кожному конкретному випадку при встановленні страхових тарифів залежно від строку страхування, території дії, категорії застрахованих осіб (вік, професія тощо), програми страхування, розміру франшизи, інших істотних факторів, визначених у Договорі страхування, можуть застосовуватись додаткові коригувальні коефіцієнти до визначеного тарифу від 0,01 до 9,0 залежно від оцінки впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

Таблиця № 2.1

ТАБЛИЦЯ
розмірів страхових виплат у зв'язку з настанням страхового випадку

Код	Назва розділу (критичної хвороби)	Розмір страхової виплати, % від страхової суми
КЛАС 1		
Інфекційні та паразитарні хвороби		
	1.1. Вірусний гепатит	
B16	Гострий гепатит В	30
B17	Інший гострий вірусний гепатит, крім вірусного гепатиту типу А	30
КЛАС 2		
Злоякісні новоутворення		
	2.1. Злоякісні новоутворення губи, ротової порожнини, глотки	
C00	Губи	50
C01	Кореня язика	50
C02	Інших частин язика	50
C03	Ясен	50

C04	Дна порожнини рота	50
C05	Піднебіння	50
C06	Інших частин порожнини рота	50
C07	Привушної слинної залози	50
C08	Інших великих слинних залоз	50
C09	Мигдалини	50
C10	Ротоглотки	50
C11	Носоглотки	50
C12	Грушоподібного синусу	50
C13	Нижньої частини глотки	50
	2.2. Злоякісні новоутворення органів травлення	
C15	Стравоходу	50
C16	Шлунку	50
C17	Тонкої кишки	50
C18	Ободової кишки	50
C19	Ректосигмоїдного з'єднання	50
C20	Прямої кишки	50
C21	Заднього проходу та анального каналу	50
C22	Печінки та внутрішньопечінкових жовчних протоків	50
C23	Жовчного міхура	50
C24	Інших частин жовчовивідних протоків	50
C25	Підшлункової залози	50
	2.3. Злоякісні новоутворення органів дихання та грудної клітки	
C30	Носової порожнини та середнього вуха	50
C31	Придаткових пазух	50
C32	Гортані	50
C33	Трахеї	50
C34	Бронхів та легенів	50
C37	Вилочкової залози	50
C38	Серця, середостіння та плеври	50
	2.4. Злоякісні новоутворення шкіри	
C43	Злоякісна меланома шкіри	50
C44	Інші злоякісні новоутворення шкіри	50
	2.5. Злоякісне новоутворення мезотелію та м'яких тканин	
C45	Мезотеліома	50
C46	Саркома Капоші	50
C47	Периферичних нервів та вегетативної нервової системи	50
C48	М'яких тканин заочеревинного простору та очеревини	50
C49	Іншої сполучної та м'якої тканини	50
	2.6. Злоякісне новоутворення молочної залози	

C50	Злоякісне новоутворення молочної залози	50
	2.7. Злоякісні новоутворення жіночих статевих органів	
C51	Вульви	50
C52	Піхви	50
C53	Шийки матки	50
C54	Тіла матки	50
C55	Матки неуточненої локалізації	50
C56	Яєчника	50
C57	Інших статевих органів	50
	2.8. Злоякісні новоутворення чоловічих статевих органів	
C60	Статевого члену	50
C61	Простати	50
C62	Яєчка	50
C63	Інших чоловічих статевих органів	50
	2.9. Злоякісні новоутворення сечових органів	
C64	Нирки	50
C65	Ниркової миски	50
C66	Сечоводу	50
C67	Сечового міхура	50
	2.10. Злоякісні новоутворення ока, головного мозку та інших частин центральної нервової системи	
C69	Ока та придатків	50
C70	Мозкових оболонок	50
C71	Головного мозку	50
C72	Спинного мозку, черепно-мозкових нервів та інших частин центральної нервової системи	50
	2.11. Злоякісні новоутворення щитовидної та інших ендокринних залоз	
C73	Щитовидної залози	50
C74	Наднирника	50
C75	Інших ендокринних залоз	50
	2.12. Злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної тканини	
C81	Хвороба Ходжкіна	50
C82	Неходжкінська лімфома фолікулярна	50
C83	Неходжкінська лімфома дифузна	50
C84	Периферичні та шкірні Т-клітинні лімфоми	50
C88	Злоякісні імунпроліферативні хвороби	50
C91	Лімфоїдний лейкоз	50
C92	Мієлоїдний лейкоз	50

C93	Моноцитарний лейкоз	50
C94	Інший лейкоз уточненого клітинного типу	50
C95	Лейкоз неуточненого клітинного типу	50
КЛАС 6		
Хвороби нервової системи		
	6.1 Загальні хвороби центральної нервової системи	
G00	Бактеріальний менінгіт	50
G04	Енцефаліт, мієліт та енцефаломієліт	50
	6.2. Демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи	
G35	Розсіяний склероз	50
КЛАС 9		
Хвороби системи кровообігу		
	9.1. Ішемічна хвороба серця	
I21	Гострий інфаркт міокарду	50
	9.2. Легеневе серце і порушення легеневого кровообігу	
I26	Легенева емболія	50
	9.3. Цереброваскулярні хвороби	
I61	Внутрішньомозковий крововилив	50
I63	Інфаркт головного мозку	50
КЛАС 11		
Хвороби органів травлення		
	11.1. Хвороби апендикса (червоподібного відростка)	
K35	Гострий апендицит	10
	11.2. Інші хвороби кишечника	
K56	Паралітичний ілеус та обструкція кишечника без грижі	20
	11.3. Хвороби очеревини	
K65	Перитоніт	20
	11.4. Хвороби підшлункової залози	
K85	Гострий панкреатит	20
КЛАС 14		
Хвороби сечостатевої системи		
	14.1. Ниркова недостатність	
N17	Гостра ниркова недостатність	40
КЛАС 15		
Вагітність, пологи і післяпологовий період		
	15.1. Вагітність з абортивним результатом	
O00	Позаматкова (ектопічна) вагітність	50

Договором страхування можуть бути визначені інші хвороби.