



ТДВ «Страхова компанія «ВАРТО»  
01133, м. Київ, бульвар Лесі Українки, 26 тел. (093) 777 88 08  
п/р UA 763071230000026504010733600  
в ПАТ «БАНК ВОСТОК» Код ЄДРПОУ 43199626

## ПУБЛІЧНА ОФЕРТА ЩОДО УКЛАДЕННЯ ЕЛЕКТРОННОГО КОМПЛЕКСНОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Дана Публічна оферта добровільного медичного страхування (далі – Оферта) є офіційною пропозицією Товариства з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ВАРТО» (01133, м. Київ, бул. Л.Українки, 26; ЄДРПОУ 43199626; UA763071230000026504010733600 в ПАТ «БАНК ВОСТОК») (далі – Страховик/Сторона Договору) в особі директора Мельник Наталії Михайлівни, яка діє на підставі Статуту, невизначеному колу дієздатних фізичних осіб (далі – Клієнти, а після прийняття умов даної Оферти – Страхувальники/Сторони Договору) укласти договір добровільного медичного страхування (далі – Договір) на підставі Ліцензії з медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), виданої Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг розпорядженням № 2510 від 05.12.2019 року, Правил добровільного медичного страхування, затверджених 11.11.2019 року (далі – Правила) та відповідно до Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію». Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі. У випадку прийняття Клієнтом пропозиції в порядку, визначеному даною Офертою, Страховик вважається таким, що прийняв на себе зобов'язання, передбачені умовами даної Оферти.

1.2. КЛІЄНТ - фізична особа, яка отримує або має намір отримати фінансову послугу.

1.3. СТРАХУВАЛЬНИК – Дієздатна фізична особа, що приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень актів цивільного законодавства України, підписавши Акцепт до цього договору, і яка таким приєднанням укладає Договір страхування на користь Застрахованої особи. Якщо Договір страхування укладений Страхувальником, фізичною особою, на свою користь, на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи.

1.4. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа, про страхування здоров'я на випадок хвороби якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування (не може бути застрахованою особою, що належить до I чи II груп інвалідності (крім випадків, якщо така особа належить до II групи інвалідності, є повністю дієздатною, та довідкою МСЕК встановлена можливість особи здійснювати трудову діяльність).

1.5. ВИГОДОНАБУВАЧ – згідно чинного законодавства.

1.6. Страховик забезпечує безперешкодний доступ особам, яким адресована пропозиція укласти електронний договір, до електронних документів, що включають умови Договору та до самої пропозиції у формі, що унеможливило зміну змісту на власному сайті за посиланням <https://www.sviy.doctor>.

1.7. Договір укладається шляхом пропозиції Страховика його укласти та її прийняття Клієнтом. Під пропозицією Страховика укласти Договір мається на увазі ознайомлення Страхувальником Клієнта з розміщеною на сайті <https://www.sviy.doctor> Офертою. У відповідності до статей 207, 641, 642, 981 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію», безумовним прийняттям умов даної Оферти Клієнтом вважається вчинення підписання електронної Заяви-Акцепту (далі - Акцепт) до Договору, що є його невід'ємною частиною, в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію». Ідентифікація Клієнта за умовами цієї Оферти відбувається перед укладенням Договору шляхом заповнення власних даних Клієнта в електронному вигляді.

1.8. Договір вважається укладеним з моменту одержання Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика) Акцепту про прийняття пропозиції укласти Договір в електронній формі) підписаного в порядку, передбаченому статтею 12 Закону України «Про електронну комерцію», за умови оплати Страхувальником платежу в строки та порядку, визначеному даним Договором.

1.9. Договір набирає чинності з 00 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Акцепті, як дата початку строку дії Договору, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем отримання страхового платежу в розмірі, визначеному в Акцепті, Страховиком (представником Страховика, уповноваженою особою Страховика), і діє до 24 год. 00 хв. за Київським часом дати, зазначеної в Акцепті, як дата закінчення строку дії Договору. Застрахована особа знаходиться під страховим захистом (Страховик несе зобов'язання за Договором) лише у період, за який сплачено страховий платіж. У випадку несплати Застрахованою особою чергової частини місячного страхового платежу у визначений термін, і відповідно до її програми, Страховик припиняє страховий захист відповідної Застрахованої особи. У випадку несплати Страхувальником платежу у визначений строк, Договір вважається таким, що не був укладений. 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 попередній період страхування. У випадку якщо протягом строку дії Договору Застрахована особа зверталася до Страховика з приводу надання та оплати медичної допомоги, що визначені Договором страхування і Страховиком були проведені страхові виплати, а річний страховий платіж по Договору сплачений не в повному обсязі, 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.

1.10. Після здійснення акцепту та набрання Договором законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника та отримує повідомлення про підтвердження укладення Договору (в електронній формі), на адресу електронної пошти (вказаної при заповненні власних даних) та/або в особистий кабінет Страхувальника.

1.11. Сторони домовились, що Договір підписується Сторонами в порядку, визначеному ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію», в якості підпису Страхувальника використовується підпис одноразовим ідентифікатором, що надсилається Страховиком шляхом направлення SMS-повідомлення на телефонний номер Страхувальника, вказаний ним при заповненні власних даних в електронному вигляді. При цьому підписання Страхувальником Акцепту одноразовим ідентифікатором вважається належним підписанням Страхувальником Договору. **Підпис керівника Страховика з відбитком печатки Страховика на оригіналі даної Оферти є, одночасно, підписом Договору зі сторони Страховика з відбитком його печатки на Договорі, що укладається на підставі даної Оферти. При відтворенні Договору страхування Страховиком може бути використано факсимільне відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі договори.**

1.12. Акцепт, підписаний Страхувальником в електронному вигляді, зберігатиметься на сайті Страховика за посиланням <https://www.sviy.doctor> в особистому кабінеті Страхувальника. Страховик забезпечує безперешкодний доступ до особистого кабінету Страхувальника за допомогою логіну (в якості якого виступає номер мобільного телефону Страхувальника) та пароллю користувача.

1.13. Під час виконання зобов'язань за Договором страхування, Сторони можуть використовувати для листування адреси електронної пошти один одного. Страхувальник може направити електронне повідомлення на електронну адресу Страховика [sviydoctor@vartois.com.ua](mailto:sviydoctor@vartois.com.ua) (далі – електронна адреса Страховика).

## 2. УМОВИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом цього Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

## 3. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

3.1. Страхова сума, страховий тариф та страхова сума вказуються в Акцепті.

## 4. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

4.1. Порядок сплати страхового платежу, початок та кінець дії Договору вказуються в Акцепті.

## 5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ (якщо інше не передбачено умовами Програми страхування)

### 5.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування) з приводу захворювань та станів у наступних випадках:

5.1.1. медична допомога була отримана поза строком та територією дії Договору, за винятком випадків, коли страховий випадок, який потребує стаціонарного лікування, настав ще в період дії Договору. В такому випадку Страховик відшкодовує витрати, які виникають як в період дії, так і після закінчення строку дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більше 7 календарних днів після закінчення строку дії Договору страхування;

5.1.2. медична допомога не передбачена Програмою страхування;

5.1.3. медична допомога надана не базовим медичним закладом без погодження із Страховиком щодо використання даних ЛПЗ;

5.1.4. медична допомога, яка надається безоплатно всім громадянам, видатки на фінансування якої покриваються за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів фондів соціального страхування, благодійних та інших фондів в порядку, встановленому чинним законодавством; стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання медичної допомоги, або отримана нею травма є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень чи самолікування (цілительство, використання нетрадиційних методів, тощо);

5.1.6. якщо Застрахованій особі було відомо до укладання Договору страхування про стан здоров'я, який потребує надання невідкладної медичної допомоги, інформацію про який вона не надала в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування;

5.1.7. стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідком:

5.1.7.1. впливу ядерної енергії в будь-якій формі, техногенних катастроф;

5.1.7.2. військових дій, маневрів та інших військових заходів;

5.1.7.3. громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів, терористичних актів, соціальних конфліктів;

5.1.7.4. стихійних лих та інших форс-мажорних обставин;

5.1.7.5. дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (наприклад керування транспортним засобом, без відповідних прав, недотримання правил техніки безпеки);

5.1.7.6. невластивих щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи, в тому числі заняття небезпечними видами спорту: альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, авто/мото спортом, кінним спортом, парашутним спортом, дайвінгом, гірськолижним спортом та іншими видами спорту та активного відпочинку та що можуть бути причиною травматизму;

5.1.7.7. неправильного лікування Застрахованою особою (в т.ч. вживання ліків, які не рекомендовані медичним(и) закладом(и) або перевищення дози прийому ліків);

5.1.7.8. неправильного лікування медичним(и) закладом(и), розпочатого до початку дії Договору страхування, але наслідки, які підпадають під страховий випадок, розпочалися під час дії Договору страхування;

5.1.7.9. неправильного лікування медичним(и) закладом(и), розпочатого в період дії Договору страхування, наслідки якого не підпадають під страховий випадок, а також наслідки які виникли внаслідок неправильного лікування, підпадають під страховий випадок, розпочалися під час дії Договору страхування.

### 5.2. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів (після встановлення остаточного діагнозу), а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

5.2.1. лікування алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також хвороб та станів, що є наслідками вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, незалежно від терміну виявлення та будь-яких їх наслідків;

5.2.2. психічні та психосоматичні розлади та розлади поведінки (в т.ч. невротичні та невротоподібні стани, розлади сну, панічні атаки), порушення мови, епілепсія, у т.ч. посттравматична, синдром та хвороба Паркінсона; енцефалопатія будь-якого генезу);

5.2.3. вроджені аномалії та вади розвитку (в т.ч. отримані під час пологів, дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехія, клишоногість, тощо), спадкові та генетичні захворювання та стани;

5.2.4. професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженого медичного закладу, відповідно до переліку професійних хвороб затвердженого КМУ, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

5.2.5. TORCH інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, інфекція вірусом краснухи, герпетична інфекція), інфекція Епштейн-Бар за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай, якщо інше не передбачено Програмою страхування);

5.2.6. класичні венеричні захворювання, інфекції, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням статевих органів, а також інфекції, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, ВІЛ (СНІД), якщо інше не передбачено Програмою страхування;

5.2.7. вагітність та пологи, за винятком позаматкової та замерлої вагітності та кровотечі у вагітних, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

5.2.8. безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція; запобігання вагітності, контрацептивні засоби, послуги з планування сім'ї, стерилізації, штучного запліднення;

5.2.9. порушення менструального циклу, порушення менопаузи (в т.ч. клімактеричний синдром), ендометріоз;

5.2.10. дисфункція яєчників (надлишок естрогенів, андрогенів, синдром полікістозних яєчників), гіперпролактинемія, синдром виснаження яєчників;

5.2.11. мастопатія, мастоденія, гіпертрофія молочних залоз (генікомастія, тощо);

5.2.12. кіста яєчника (окрім ускладнень – розрив та перекрут кісти), фіброаденоматоз, фіброміома матки, невус, аденоми будь-якої, якщо іншого не передбачено Програмою страхування;

5.2.13. вікові та хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення:

5.2.13.1. опорно-рухового апарату (будь-який остеоартроз, артрозоартрит, остеопороз, та інших дорсопатій);

5.2.13.2. органів зору (макулодистрофія, деструкція скловидного тіла, ангіопатія судин сітківки ока);

5.2.13.3. серцево-судинної системи (кардіосклероз, хронічна ішемічна хвороба серця; атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт та ін.);

5.2.13.4. інших органів та систем (пневмосклероз);

5.2.14. набуті деформуючі захворювання опорно-рухового апарату (плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні/варусні деформації пальців та стоп; сколіозу, тощо), подагра, наслідки застарілих (ті, що відбулися більше календарного року з дати звернення за медичною допомогою) ушкоджень опорно-рухового апарату;

- 5.2.15. грибкові захворювання шкіри та внутрішніх органів, псоріаз, екзема (термін «дерматит» та «екзема» використовуються як взаємозамінні синоніми), в т.ч.: атопічний дерматит, себорейний дерматит, будь-який вид алопеції, оніходистрофія, гіперкератози, контагіозний моллюск, вугрова хвороба, вітілігопаразитарні захворювання (демодекоз, короста, педикульоз, гельмінтоз);
- 5.2.16. гострі інфекційні гепатити (за винятком гепатиту А та первинної одноразової якісної діагностики), хронічні гепатити цироз та гепатоз печінки, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.2.17. ожиріння, метаболічний синдром, в тому числі зміна ваги, модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі;
- 5.2.18. захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції;
- 5.2.19. пухлини (доброякісні та злоякісні), якщо інше не передбачено Програмою страхування.
- 5.3. **Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику після встановлення остаточного діагнозу (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування):**
- 5.3.1. лікування симптомів, ознак хвороби та неточно визначених станів, до моменту постановки остаточного діагнозу (крім випадків зняття гострого болу та надання невідкладної допомоги);
- 5.3.2. медичні послуги, пов'язані з контрольною та уточнюючою діагностикою захворювань, в т.ч. уточнення типу, стадії, форми захворювання та визначення методу лікування, окрім випадків:
- 5.3.2.1. коли лікуючим лікарем встановлено діагноз під питанням, що вимагає проведення диференційної діагностики між кількома захворюваннями. Страховик оплачує тільки ті діагностичні заходи, які спрямовані на діагностику захворювань/станів, які не потрапляють в список виключень;
- 5.3.2.2. коли призначена діагностика є необхідною для визначення схеми лікування з приводу страхового діагнозу;
- 5.3.2.3. для вирішення тактики подальшого лікування при неефективності терапії протягом 10 днів;
- 5.3.3. захворювання, що мають характер епідемії, в тому числі особливо небезпечні інфекції, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.3.4. діагностики та лікування захворювань чи наслідків травм, що відбулися до періоду дії Договору та стали причиною інвалідності, окрім надання невідкладної медичної допомоги;
- 5.3.5. злоякісних та доброякісних онкологічних захворювань, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин, крім випадків вперше виявленого захворювання у житті Застрахованої особи під час дії Договору, коли оплачується перший курс лікування (оперативне втручання, променева чи хіміотерапія) в межах встановлених лімітів згідно Програми страхування, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.3.6. ендокринної патології, в т.ч. цукровий діабет, розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.3.7. неспецифічні бактеріологічні та грибкові захворювання статевих органів (кольпіт, вульвовагініт, ендоцервіцит, бактеріальний вагіноз, уретрит, уретропростатит та ін.); ерозії (в т.ч. ектропіон) та дисплазії шийки матки, якщо це не передбачено Програмою страхування в межах встановлених лімітів;
- 5.3.8. системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання, в т.ч. аутоімунні артропатії та спондилопатії (Хвороба Бехтерева та ін.), ревматизм, ревматоїдний артрит, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, саркоїдоз;
- 5.3.9. функціональні порушення (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз (окрім лікування наслідків антибіотикотерапії), диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закріп, дискінезія жовчовивідних шляхів, вазомоторний риніт), крім послуг, передбачених програмою страхування; поліноз та інші алергічні риніти;
- 5.3.10. демієлінізуючі захворювання та системні атрофії ЦНС, міастенія, міотонія, аміотрофія, сирингомієлія, синдром хронічної втоми;
- 5.3.11. захворювання та стани новонароджених, які пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч, розлади церебрального статусу та м'язового тонуусу у новонароджених;
- 5.3.12. захворювання крові та кровотворних органів (в т.ч. іммунодефіцитні розлади) за винятком анемії, що зумовлена гострою крововтратою;
- 5.3.13. короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астеніопія, косоокість, глаукома, синдром сухого ока;
- 5.3.14. вегето-судинна дистонія (ВСД)/ нейро-циркуляторна дистонія, синдром хребтової артерії, гіпертонічна хвороба, крім послуг, передбачених Програмою страхування, та надання невідкладної медичної допомоги впродовж 3 діб;
- 5.3.15. остеохондроз та інші дорсопатії, в тому числі діагностика призначена на виявлення кил в усіх сегментах хребта, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.3.16. варикозна хвороба нижніх кінцівок;
- 5.3.17. супутні захворювання, що діагностуються в комплексі з основним захворюванням, відносно якого виникли скарги Застрахованої особи;
- 5.4. **Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних лікарських засобів та виробів медичного призначення (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування):**
- 5.4.1. медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані МОЗ України;
- 5.4.2. відшкодування вартості двох і більше аналогічних препаратів, крім випадків, коли 1 (один) препарат місцевої, а 2 (другий) препарат загальної дії. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;
- 5.4.3. біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, загальнозміцнюючі засоби, адаптогени, фітопрепарати, гомеопатичні, антигомтоксичні препарати, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, препарати оподатковувані ПДВ за основною ставкою. Відшкодування вартості деяких препаратів, оподатковуваних ПДВ за основною ставкою, може здійснюватись, у виключних випадках, та на розсуд Страховика;
- 5.4.4. про- та еубіотики, пребіотики (крім призначених при антибіотикотерапії), бактеріофаги, вакцинація (терапевтична та профілактична), окрім антирабійної та вакцинації проти правця), якщо інше не передбачено Програмою страхування.
- 5.4.5. ензими загальної дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, серрата тощо);
- 5.4.6. сольові розчини для зрошування слизових оболонок, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби;
- 5.4.7. препарати з цитопротекторною дією:
- 5.4.7.1. біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток; препарати хондропротекторної дії, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.4.7.2. кардіопротектори, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.4.7.3. ангіопротектори, крім надання невідкладної допомоги, не більше 5 днів;
- 5.4.8. препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів, гепатопротектори, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.4.9. лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси (з ноотропною, антигіпоксичною, антиоксидантною дією, які поліпшують кровоток, препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини, тощо), крім надання невідкладної екстренної допомоги не більше 5 днів;
- 5.4.10. препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, гіполіпідемічні препарати;
- 5.4.11. антитромботичні засоби (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин та інші);
- 5.4.12. лікування препаратами-аналогами гонадотропін-рилізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо);
- 5.4.13. психотропні, снодійні та заспокійливі засоби, в т.ч. які мають додаткову лікувальну дію (наприклад, спазмолітичну);
- 5.4.14. медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенди, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, комір Шанца, бандаж, еластичні бинти (крім гіпсових та скотччасту), резорбтивні болти, протези, ортези, устілки, фіксатори зубних протезів, скоби для степлера, ендоскопічні стійкі, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, петлі для поліпектомії та ін.);
- 5.4.15. Фіксатори та обладнання для остеосинтезу ;
- 5.4.16. медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, одноразових скальпелів, катетерів для проведення внутрішньовенних інфузій, одноразові ендотрахеальні трубки, шовний матеріал);
- 5.4.17. вироби медичного призначення (пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, простирадла, клейонки тощо), крім (вати, бинтів, стерильних та нестерильних рукавичок);
- 5.4.18. гіполіпідемічні препарати, окрім стаціонарного лікування;
- 5.4.19. ферментні препарати, спрямовані на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні), коли вони призначені як підтримуюча терапія. У випадку, коли дані медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання, медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

- 5.4.20. придбання протезів (в т.ч. ендопротезів) та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металокопункції для остеосинтезу в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери, будь-яке медичне обладнання, інструментарій.
- 5.5. Страховик не відшкодовує витрати щодо наступних послуг та підготовку до надання таких послуг (якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування):**
- 5.5.1. діагностика та лікування (в тому числі медикаментозна) будь-якого захворювання в амбулаторних умовах та стаціонарного в сукупності, не повинно перевищувати понад 28( двадцять вісім) календарних днів, а саме: в амбулаторних умовах строком понад 28 (двадцять вісім) календарних днів та стаціонарного – понад 14 (чотирнадцяти) календарних днів. Лікування загострень хронічних захворювань в амбулаторних умовах більше двох звернень протягом строку дії Договору, по одній нозологічній одиниці або згідно Програми;
- 5.5.2. лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень, крім передбаченого програмою страхування;
- 5.5.3. медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;
- 5.5.4. лікування та діагностика, що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України;
- 5.5.5. альтернативні консультації, повторні медичні обстеження Застрахованої особи та/або придбання за її власним бажанням лікарських засобів, товарів медичного призначення без відповідних медичних показань (за відсутності призначення лікаря, що лікує);
- 5.5.6. надання послуги «виклик лікаря» за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами лікувально-профілактичного закладу) медичними працівниками, які мають наукові ступені чи керівні посади (к.н.м., д.м.н., професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші);
- 5.5.7. гідроколонотерапія, лазеротерапія, склеротерапія;
- 5.5.8. КТ, МРТ, крім випадків невідкладного діагностування та неефективності лікування страхових випадків, протягом 14 днів, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.5.9. корекція психоемоційних порушень;
- 5.5.10. модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі, зміна ваги;
- 5.5.11. косметичні процедури та пластичні операції (крім випадків, коли такі операції є етапом оперативного відновлення функцій, порушених в результаті нещасного випадку, який настав в період дії Договору), в тому числі септопластика, процедури та засоби, пов'язані з корекцією слуху, дефектами шкіри (кріотерапія, кріомасаж, видалення бородавок, папілом, кондилом (крім ускладнених випадків, а саме їх травмування, запалення та інше); лікування келоїдних рубців, в тому числі їх травмування);
- 5.5.12. оперативне втручання, пов'язане з пересадкою органів, їх пошуком, доставкою, оплатою донорів, планові операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування, в тому числі операції з аутотрансплантації та ін.), протезування, ендпротезування та імплантація;
- 5.5.13. оперативне втручання, яке не є обов'язковим при знятті гострого стану, та може бути зроблено планово, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.5.14. госпіталізація з приводу ускладненої вагітності крім випадків: загибле плідне яйце (вагітність, що замерла), кровотеча в ранні терміни вагітності, викидень, що не відбувся, спонтанний аборт, неповний аборт, повний аборт, передлежання плаценти з кровотечею, передчасне відшарування плаценти, прееклампсія середньої та важкої тяжкості, еклампсія, защемлення вагітної матки, випадіння вагітної матки, ретроверсія вагітної матки. Проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому, тощо). Даний пункт діє при наявності у Програмі страхування послуги «Ведення вагітності»;
- 5.5.15. комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.5.16. застосування екстракорпоральних методів лікування:  
а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, окрім лікування станів, що загрожують життю;  
б) озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична та нормо барична оксигенація, гіпоксітерапія, внутрішньосудинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та ін.;
- 5.5.17. специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 5.5.18. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога;
- 5.5.19. транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше);
- 5.5.20. медичні довідки для ДАІ, носіння зброї, відвідування басейну, санаторно-курортного лікування та оформлення інших довідок;
- 5.5.21. транспортування Застрахованої особи до медичних закладів, за винятком транспортування для надання невідкладної допомоги в стаціонарних умовах або за медичними показаннями при неможливості надання медичної допомоги необхідного обсягу в тому закладі, де знаходиться Застрахована особа;
- 5.5.22. профілактичне та/або реабілітаційне лікування, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів;
- 5.5.23. проведення курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах;
- 5.5.24. відбілювання зубів, нанесення напильника, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, ортодонція, герметизація, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти; заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;
- 5.5.25. харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось повних 3 роки;
- 5.5.26. операції на серці, окрім медикаментозного забезпечення;
- 5.5.27. артроскопія;
- 5.6. Страховик не відшкодовує Застрахованій особі сплачені рахунки на благодійні внески.

## 6. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 6.1. Дія Договору поширюється виключно на територію України (за винятком території Автономної республіки Крим, м. Севастополя, інших тимчасово окупованих територій України).

## 7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 7.1 Страхувальник має право:

- 7.1.1. достроково припинити дію цього Договору з дотриманням вимог розділу 11 цього Договору;
- 7.1.2. повідомити Страховика про випадки ненадання, неповного або неякісного надання медичних послуг Застрахованій особі.
- 7.2. Страхувальник зобов'язаний:**
- 7.2.1. перераховувати страхові платежі (премію) на поточний рахунок Страховика на умовах, у розмірі (обсягах) та у строки, що обумовлені цим Договором страхування та діючими програмами добровільного медичного страхування.
- 7.2.2. повідомити про настання події, що має ознаки страхового випадку у встановлені цим Договором страхування строк згідно розділу 8;
- 7.2.3. при укладанні цього Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету цього Договору, і надалі інформувати Страховика під час дії цього Договору про укладання нових договорів страхування щодо предмету цього Договору;
- 7.2.4. не перешкоджати Страховику або його представникам у визначенні обставин настання Події;
- 7.2.5. дотримуватись умов цього Договору та належно виконувати свої обов'язки за цим Договором;

### **7.3 Страховик має право:**

- 7.3.1 при укладанні Договору, перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;
- 7.3.2 самостійно з'ясувати причини та обставини Події, робити запити про відомості до медичних закладів та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини цієї Події;
- 7.3.3 вимагати надання додаткових документів, крім зазначених в п. 9.2. цього Договору, для з'ясування причин та обставин страхового випадку;
- 7.3.4 перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору, отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я відповідних осіб;
- 7.3.5 відмовити у страховій виплаті за наявності підстав, передбачених умовами цього Договору, а також у випадках, передбачених чинним законодавством України. Підставою для відмови Застрахованій особі Страховиком або Асистансом в організації медичної допомоги (крім випадків невідкладної допомоги) є спілкування Застрахованої особи з Асистансом з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови;
- 7.3.6 відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, у випадку виникнення сумнівів щодо причин та обставин настання страхового випадку, але не строк, не більше ніж 90 (дев'яносто) календарних днів;
- 7.3.7 достроково припинити дію цього Договору з дотриманням вимог розділу 11 цього Договору.
- 7.3.8 вибирати та рекомендувати базовий лікувально – профілактичний заклад для організації медичної допомоги, в залежності від стану Застрахованої особи, виду захворювання, профілю та специфіки роботи медичного закладу для обслуговування відповідних нозологій;
- 7.3.9 вимагати від Страхувальника або особи, що підлягає страхуванню надання Декларації про стан здоров'я або медичного огляду, якщо така є частиною Заяви про страхування;
- 7.3.10 протягом строку дії Договору, за своєю вимогою достроково припинити дію Договору, зокрема, у випадку якщо збитковість за період з початку дії Договору перевищує 70%. Сторони погодили, що даний пункт застосовується у разі перевищення рівня збитковості більше 100% за період не менший 90 днів від дати початку дії Договору, з урахуванням витрат на ведення справи. Збитковість розраховується за формулою:  $Збитковість = \frac{Збитки/Зароблена премія}{100\%}$   
де Збитки – сума фактичних витрат та сума резервів по медичним послугам, які були надані або про гарантовані за період що аналізується;  
зароблена премія = (підписана страхова премія за Договором \*0,7)\*кількість днів дії договору від дати початку/загальна кількість днів дії Договору;
- 7.3.11 дострокове припинення дії Договору на підставі п. 7.3.10 може проводитись не раніше першого дня четвертого місяця строку дії Договору. Страхувальник підписанням цього Договору погоджує про дострокове припинення дії Договору на умовах зазначених у цьому пункті, додаткова згода Страхувальника (Застрахованих осіб) на дострокове припинення Договору з ініціативи Страховика не потребується та страхові платежі в цьому випадку не повертаються;
- 7.3.12 організувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога «103» та госпіталізація у найближчий стаціонар), з можливою подальшою організацією перевезення Застрахованої особи у медичний заклад, передбачений цим Договором;
- 7.3.13 включати лікувально-профілактичний заклад/аптеку у Список Медичних закладів, як окремо за Програмою страхування, так і по Договору в цілому, повідомляти Страхувальника про зміни у Список Медичних закладів листом;
- 7.3.14 виключити зі Списку Медичних закладів лікувально-профілактичний заклад/аптеку за умови розірвання або припинення дії договору про співпрацю між Страховиком та медичною установою, повідомляти Страхувальника про зміни у Список Медичних закладів листом, або шляхом укладення Додаткової угоди до договору;
- 7.3.15 при зміні законодавства України, що впливає на порядок надання медичної допомоги за Договором та/або підвищенні цін на медичну допомогу, що надається за обраними Програмами та/або при підвищенні цін на лікарські препарати (дані Державної служби статистики України), більш ніж на 15% (п'ятнадцять відсотків) з початку дії Договору, переглядати страхові тарифи та умови Договору. При цьому необхідно повідомити Страхувальника (листом або по електронній пошті) про такі зміни для обговорення питання щодо умов подальшої дії Договору;
- 7.3.16 під підвищенням цін на медичну допомогу, слід розуміти зростання вартості послуг медичної допомоги у 3 (три) основних базових Медичних закладах, більше ніж по 20% позицій прейскуранту, в тому числі, враховуючи нові позиції. Під основними базовими Медичними закладами вважаються заклади, в які рекомендовано звертання Застрахованих осіб по кожному виду медичної допомоги, перелік яких наведений на сайті Страховика за наступною адресою <https://vartois.com.ua/uk/>.
- 7.3.17 організувати необхідну медичну допомогу на свій вибір ЛПЗ, в залежності від профілю захворювання;
- 7.3.18 за погодженням з лікарем, змінювати призначені ліки на аналогічні за складом по діючій хімічній речовині, згідно законодавства України або альтернативні, згідно Протоколів та схем лікування захворювань;
- 7.3.19 сторони узгоджують один з можливих варіантів перегляду умов Договору: введення франшиз у розмірі рівня інфляції, перегляд розміру страхового платежу та інші зміни умов страхування, що оформляються Додатковою угодою. У разі непогодження Сторонами жодного варіанту перегляду умов, Договір припиняє свою дію за вимогою Страховика;
- 7.3.20 організувати виклик лікаря за місцем знаходження Застрахованої особи, якщо це прямо передбачено Програмою страхування, у випадках, передбачених «Порядком направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». Методичні рекомендації/ Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. – К., 2010., а саме:
- 7.3.20.1 гострі і раптові погіршення стану здоров'я (висока температура – від 38 градусів і вище; стани, захворювання, травми, які потребують медичної допомоги і консультації Застрахованої особи лікарем вдома), виняток становлять легкі травми із зупиненою кровотечею;
- 7.3.20.2 стани, які загрожують оточуючим (контакт з інфекційними хворими, висип на тілі без причини; інфекційні захворювання до закінчення інкубаційного періоду);
- 7.3.20.3 показання для дотримання Застрахованою особою постільного режиму, рекомендованого лікарем при встановленні діагнозу (виклик лікаря додому після виписки хворого зі стаціонару, за рекомендацією консультанта або в інших випадках: при наявності документа або за домовленістю з лікарем);
- 7.3.20.4 важкі хронічні захворювання або неможливість пересування Застрахованої особи;
- 7.3.20.5 захворювання жінок у період вагітності та післяпологовий період;
- 7.3.20.6 патронаж вагітних і породіль (якщо опція є в програмі страхування);
- 7.3.20.7 патронаж дітей до одного року (якщо опція є в програмі страхування);
- 7.3.20.8 захворювання дітей у віці до трьох років.

### **7.4 Страховик зобов'язаний:**

- 7.4.1 ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;
- 7.4.2 при настанні страхового випадку, забезпечити надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Договором; протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів після одержання усіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;
- 7.4.3 контролювати обсяг, якість та доцільність надання Застрахованій особі медичної допомоги, в межах умов Договору, чинних стандартів протоколів діагностики, лікування, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України;
- 7.4.4 не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, передбачених законом;
- 7.4.5 повідомити Страхувальника про зміну фактичної адреси протягом 10 (десяти) робочих днів;
- 7.4.6 дотримуватись умов цього Договору та належно виконувати свої обов'язки за цим Договором.

### **7.5 Застрахована особа (її законний представник) має право.**

- 7.5.1 отримати медичну допомогу в порядку та в обсязі, передбаченому Програмою страхування;
- 7.5.2 вимагати дострокового припинення дії цього Договору відносно себе.

### **7.6 Застрахована особа (її законний представник) зобов'язана:**

- 7.6.1 у разі настання страхового випадку, діяти відповідно до умов Договору та виконувати всі рекомендації Страховика, щодо отримання і оплати медичної допомоги;
- 7.6.2 на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та визначення вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;
- 7.6.3 дотримуватися рекомендацій та вимог Страховика щодо лікувально – профілактичного закладу для організації медичної допомоги, в залежності від стану Застрахованої особи, виду захворювання, профілю та специфіки роботи медичного закладу для обслуговування відповідних нозологій;

- 7.6.4 дотримуватись призначень лікаря та лікувального режиму під час отримання медичної допомоги у медичному закладі;
- 7.6.5 відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги наданої внаслідок:
- 7.6.5.1 передачі Застрахованою особою Електронної персональної картки/інших страхових документів третій особі для отримання останньою медичної допомоги, передбаченої умовами Договору для Застрахованої особи;
- 7.6.5.2 ускладнення захворювання внаслідок свідомого порушення Застрахованою особою в період обстеження та лікування приписів медичного персоналу та порушення лікувального режиму;
- 7.6.5.3 отримання медичної допомоги по страховому випадку, під час настання якого, Застрахована особа була у стані алкогольного сп'яніння, під впливом наркотичних засобів та інших токсичних речовин або абстинентного синдрому;
- 7.6.5.4 отримання страхової виплати в разі подання свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку та факт оплати медичної допомоги за власний кошт;
- 7.6.5.5 отримання медичної послуги в разі подання свідомо неправдивих відомостей про скарги та факт настання страхового випадку;
- 7.6.5.6 необґрунтованого виклику лікаря додому або невідкладної медичної допомоги (в т.ч. використання санітарного транспорту):
- 7.6.5.6.1. виклик здійснено для обслуговування незастрахованої особи,
- 7.6.5.6.2. при виклику Застрахована особа відсутня за вказаною адресою або відмовляється від огляду,
- 7.6.5.6.3. виклик невідкладної медичної допомоги здійснено до Застрахованої особи, що не потребує надання екстреної медичної допомоги (з ціллю надання планових медичних маніпуляцій, тощо);
- 7.6.5.7. самостійного звернення в Медичний заклад не зазначений на сайті Страховика за наступною адресою <https://vartois.com.ua/uk/>, та не погоджений зі Страховиком;
- 7.6.5.8. витрати Страховика, зазначені в п. 7.6.5 цього Договору, мають бути відшкодовані Застрахованою особою протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання відповідної мотивованої вимоги Страховика. При невиконанні цієї умови, Страховик має право достроково припинити дію цього Договору по відношенню до Застрахованої особи, винної у збитках, з дня, наступного за останнім днем терміну відшкодування зазначених витрат;
- 7.6.5.9. при отриманні медичної допомоги у Медичному закладі або отримання лікарських засобів у фармацевтичному (аптечному) закладі, якщо Програмою страхування на дані заклади передбачена наявність франшизи, Застрахована особа зобов'язана відшкодувати розмір франшизи Медичному закладу або фармацевтичному (аптечному) закладу одразу під час звернення. У випадку, якщо Застрахована особа не оплатила суму франшизи при зверненні, вона компенсує її розмір Страховику згідно виставленого ним рахунку у строк до 10 (десяти) календарних днів з моменту виставлення рахунку Страховиком;
- 7.6.6 відшкодувати витрати Страховика на оплату вартості медичної допомоги, якщо не було попередньо узгоджена зі Страховиком відміна надання медичних послуг у медичному закладі;
- 7.6.7 пройти додаткове обстеження при виникненні у Страховика сумнівів в тому, що Подія входить до переліку страхових випадків (в тому числі проведення лабораторного дослідження на наявність в крові Застрахованої особи алкоголю) за власний рахунок;
- 7.6.8 при настанні Події, діяти в порядку і на умовах, передбачених розділом 8 цього Договору;
- 7.6.9 негайно повідомити Страховика у разі відмови в наданні медичної допомоги Медичним закладом, передбаченим в цьому Договорі.

## 8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 8.1. У разі настання страхового випадку, Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 24 годин, звернутися до лікаря-координатора/ лікаря-куратора Асистанса Страховика - ТОВ «Сервіс здоров'я» (далі – Асистанс) за телефонами, вказаними в Електронній персональній картці та повідомити наступну інформацію:
  - прізвище, ім'я, по-батькові;
  - номер Договору;
  - причину звернення (скарги, проблеми зі здоров'ям тощо);
  - фактичну адресу місцезнаходження та номери контактних телефонів;
  - іншу інформацію на запит лікаря-координатора Асистанса;
- 8.2. лікар-координатор/ лікар-куратор Асистанса інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в базовий профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку;
- 8.3. лікар-координатор Асистанса зобов'язаний організувати медичну допомогу в наступні строки:
  - 8.3.1. планова амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна допомога – не пізніше 48 годин з моменту звернення Застрахованої особи;
  - 8.3.2. виклик лікаря додому – у день звернення або на найближчий робочий день /згідно з графіком роботи поліклініки;
  - 8.3.3. організація медикаментозного забезпечення – протягом 3-4 годин з моменту звернення /згідно з графіком роботи аптек або служби доставки;
- 8.3.4. при скаргах на гострий зубний біль, що є гострим захворюванням та покривається згідно Програми страхування як екстрена стоматологічна допомога – надання медичної допомоги повинно бути в межах 24 годин з моменту озвучення скарг. У разі переносу строків надання медичної допомоги в строк більше 24 годин від озвучення скарг – така допомога буде надаватися згідно програми як планова стоматологічна допомога;
- 8.4. строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів (при звертанні в вихідні дні, організація планової медичної допомоги може проводитись через 48 годин - тобто в перший робочий день медичного закладу після вихідного);
- 8.5. підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора/ лікаря – куратора Асистанса, здійснюється із врахуванням Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі. Медичний заклад обирається із базових (в першу чергу) та інших лікувальних закладів, перелік яких наведений на сайті Страховика за наступною адресою <https://vartois.com.ua/uk/>.
- 8.6. в медичному закладі Застрахована особа повинна пред'явити Електронну персональну картку та документ, що засвідчує особу. У разі відсутності одного із вказаних документів, підтвердження страхового захисту здійснюється лікарем-координатором/ лікарем – куратором Асистанса в телефонному режимі;
- 8.7. у випадку фізичної неможливості Застрахованої особи зв'язатися з лікарем-координатором Асистанса для отримання невідкладної медичної допомоги з можливою організацією ургентного стаціонарного лікування (якщо такі передбачені Програмою страхування) з об'єктивних причин (а саме: втрата свідомості, стан порушеної свідомості), Застрахована особа зобов'язана при першій нагоді, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин, як тільки ці причини перестануть діяти (але не пізніше дати виписки із медичного закладу), будь-яким чином повідомити лікаря-координатора Асистанса;
- 8.8. організація медикаментозного забезпечення здійснюється лікарем-координатором з врахуванням найбільш оптимального рівня цін аптечного закладу, доставка медикаментів на адресу, вказаної клієнтом, у час роботи аптечного закладу;
- 8.9. надання необхідної медичної допомоги Застрахованій особі у Медичних закладах, не передбачених переліком, наведеним на сайті Страховика за наступною адресою <https://vartois.com.ua/uk/>, здійснюється виключно в наступних випадках:
  - 8.9.1. якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором;
  - 8.9.2. якщо таке звернення попередньо письмово погоджене Страховиком;
- 8.10. у раз оплати страхового платежу частинами, можлива розбивка лімітів по плановій стоматології (якщо опція передбачена по програмі страхування) на періоди згідно попереднього погодження або у разі досягнення витрат за договором на рівні 70% та вище;
- 8.11. при повторному зверненні Застрахованої особи до Страховика протягом дії Договору з приводу загострення хронічного захворювання, після встановлення діагнозу узгоджується невідкладна допомога (п.13.23) в межах та обсягах, що передбачено чинним законодавством МОЗ України та із погодженням лікуючого лікаря;
- 8.12. при настанні нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач), якщо цього вимагає чинне законодавство, повинен негайно (але не пізніше 1 (одного) календарного дня повідомити відповідні компетентні органи (внутрішніх справ, санітарно-епідеміологічного нагляду, пожежного нагляду тощо) про настання Події, та звернутися до Асистанса Страховика в порядку, передбаченому даним договором, для організації та отримання необхідної Застрахованій особі медичної допомоги.

## 9. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 9.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком, в залежності від умов Договору страхування, шляхом:
- 9.1.1. оплати Медичному закладу вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг та / або фармацевтичному / аптечному закладу вартості лікарських засобів та/або медичних виробів, передбачених Програмою страхування. Порядок та терміни сплати рахунків Медичного та / або фармацевтичного / аптечного закладу обумовлені в Договорі про співпрацю між Страховиком та закладом;
- 9.1.2. оплати Застрахованій особі вартості отриманих нею медичних послуг, у разі її звернення в медичний заклад (за погодженням із страховиком), який не має договірних відносин із Страховиком, після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку;
- 9.2. при самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичних послуг або придбанні за власні кошти лікарських засобів та/або медичних виробів у фармацевтичному/(аптечному) закладі, з яким у Страховика відсутні договірні відносини (за погодженням із Страховиком), страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі (або її законному представнику) на підставі наступних документів:
- 9.2.1. Основні:
- 9.2.1.1. заява про настання Події устанovelеного зразку (у заяві заповнюються всі пункти; в незаповнених пунктах необхідно проставити прочерк; обов'язково зазначити дату подання заяви та всі подані фінансові документи -Додаток А);
- 9.2.1.2. договір страхування (Електронна персональна картка);
- 9.2.1.3. документ з медичної установи (виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (ф. 027/о МОЗ України), виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз) (форма 003/о МОЗ України), консультативний висновок спеціаліста) (ф. 028/о МОЗ України), які завірені необхідними підписами та печатками лікувального, містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг;
- 9.2.1.4. фінансові (розрахункові) документи, що підтверджують факт оплати медичних послуг (медикаментів) з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг. У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка. Розрахунковий документ визначений ст. 2 Закону України №265/95-ВР. Форма та зміст розрахункового документу встановлені п. 2 розділу II Положення про форму та зміст розрахункових документів, затвердженого наказом Міністерства фінансів України від 21.01.2016 №13;
- 9.2.1.5. при отриманні медичних послуг (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності – копію Витягу або Виписки з ЄДР із зазначенням обраних видів діяльності;
- 9.2.1.6. банківські реквізити (дана довідка береться у відділенні банку, в якому обслуговується застрахована особа);
- 9.2.1.7. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Застрахованій особі;
- 9.2.1.8. копія паспорту Застрахованої особи (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації);
- 9.2.1.9. листок непрацездатності (якщо випадок пов'язаний з тимчасовою втратою працездатності або його наявність передбачено Програмою страхування);
- 9.2.1.10. копія свідоцтва про народження дитини (у разі, якщо Застрахованою особою є дитина до 18 років);
- 9.2.2. Додаткові:
- 9.2.2.1. копії рецептів на лікарські засоби та/або медичні вироби;
- 9.2.2.1.1. копія медичної карти амбулаторного хворого, що завірена головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичною частини) з печаткою лікувального закладу;
- 9.2.2.2. довідки лікувального закладу, талони, акти виконаних робіт, калькуляції витрат;
- 9.2.2.3. замовлення на надання медичної допомоги, рахунки-фактури лікувально-консультативних установ.
- 9.2.3. додаткові документи без відсутності основних – до розгляду не приймаються;
- 9.2.4. документи, зазначені у підпунктах 9.2.1., 9.2.2. цього пункту, надаються для огляду та зняття копії або в копіях, засвідчених заявником. Страховик має право вимагати для огляду оригінали зазначених документів. Належно оформленою копією документа є копія, посвідчена органом, установою чи організацією, що його видала, або нотаріально посвідчена або посвідчена особою, якій подається заява про настання події;
- 9.2.5. Страховик має право письмово вимагати інші документи, які уточнюють обставини настання та характер страхового випадку при здійсненні страхової виплати. Якщо страхова виплата здійснюється Застрахованій особі, Страховик також має право утримати з суми страхової виплати податки в порядку передбаченому чинним законодавством;
- 9.2.5.1. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Застрахованою особою, в термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну перебування на лікарняному/виписки зі стаціонару, а також не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення або дострокового припинення цього Договору, якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.
- 9.2.6. загальна сума виплат по одному або декільком страховими випадками, не може перевищувати страхову суму на кожну Застраховану особу та встановлених лімітів відповідальності Страховика по кожній окремій Програмі страхування, зазначеній в Договорі;
- 9.2.7. рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати, приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів, після отримання всіх документів, зазначених в пункті п. 9.2. цього Договору;
- 9.2.8. страхова виплата здійснюється не пізніше, ніж протягом 3 (трьох) робочих днів, з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) безготівковим шляхом, на реквізити, зазначені у заяві про страхову виплату, або поштовим переказом;
- 9.2.9. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово повідомити Застраховану особу (її законного представника) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови;
- 9.2.10. якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити 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 (медичних закладів, правоохоронних органів, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів;
- 9.2.11. у випадку погодження Страховиком відвідування ЛПУ, що відсутні у переліку, який наведений на сайті Страховика за наступною адресою: <https://vartois.com.ua/uk/>, компенсація витрат на послуги відбувається згідно вартості аналогічної позиції у прайсі базової клініки, що передбачена Програмою страхування або вищевказаним переліком, і діють на момент отримання Застрахованою особою послуги. Якщо така послуга не передбачена у прайсі базової клініки, то сума компенсації вирішується Страховиком компромісно.

## 10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 10.1. **Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:**
- 10.1.1. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 10.1.2. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 10.1.3. подання Страхувальником (Застрахованою особою) неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;
- 10.1.4. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 10.1.5. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором;
- 10.1.6. відмова Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку;
- 10.1.7. якщо Страхувальник (Застрахована особа / Вигодонабувач) не здійснив всіх дій для отримання страхової виплати, та не надав всіх необхідних документів по заявленому страховому випадку, зазначених у розділі 9 Договору, протягом 90 календарних днів з дати подання заяви про настання

події, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої справи. За заявою Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача) та за умови надання ним всіх необхідних документів, Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.

## 11. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 11.1. дія цього Договору припиняється за згодою Сторін, а також у разі:
  - 11.1.1. закінчення строку дії Договору;
  - 11.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) в повному обсязі;
  - 11.1.3. ненадходження або надходження не в повному обсязі на рахунок Страховика страхового платежу або його першої частини; в такому випадку Договір вважається таким, що не набув чинності;
  - 11.1.4. несплати Страхувальником страхових платежів протягом 90 календарних днів;
  - 11.1.5. набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору недійсним;
  - 11.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України;
- 11.2. у разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Повернення Страхових платежів в цьому випадку, здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від медичних закладів, в яких здійснювалося обслуговуванням Застрахованих осіб, однак в будь-якому випадку не пізніше як через 60 (шістдесят) календарних днів, з дати отримання вимоги Страхувальника про дострокове припинення Договору;
- 11.3. якщо вимога Страховика про дострокове припинення договору обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат за Договором;
- 11.4. у разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертається страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору;
- 11.5. норматив витрат на ведення справи становить 30%;

## 12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 12.1. спори і розбіжності, які виникають, розв'язуються шляхом переговорів чи консультацій між Сторонами у строки, встановлені Договором;
- 12.2. у випадку недосягнення сторонами згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## 13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 13.1. Застраховані особи за даним Договором, мають право укласти індивідуальні Договори страхування щодо членів своїх родин.
- 13.2. Член родини Застрахованої особи – особи першої ступені спорідненості із Застрахованою особою (подружжя, що проживають в зареєстрованому шлюбі, діти, батьки, віком не старше 75 років (станом на останній день отримання від них Заяви на страхування).
- 13.3. Асистанс - юридична особа, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Застрахованих осіб за Договорами страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі Програм страхування. Асистанс організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика.
- 13.4. Ліміт відповідальності Страховика – встановлене цим Договором обмеження в сумі виплати по одній чи ряду (групі): страхових випадків, виду медичної допомоги, страхових ризиків, причин завдання збитку, видом збитку (шкоди) та (або) типу (виду) витрат тощо.
- 13.5. Ліміт відповідальності Страховика не може перевищувати розміру страхової суми в рамках якої він встановлюється.
- 13.6. Нозологічна одиниця – це певна хвороба яку виділяють як самостійну на підставі встановлених причин, механізмів розвитку та характерних клініко-морфологічних проявів.
- 13.7. Форс-мажор – під форс-мажорними обставинами розуміються обставини нездоланної сили, на які Сторона не може впливати і за виникнення яких не несе відповідальності, такі як: війна, бойові дії, суспільні безладдя, державний переворот, а також рішення і дії державних органів, якщо такі обставини можуть привести до об'єктивної неможливості для Сторін (Сторони) виконати свої зобов'язання за цим Договором.
- 13.8. Довідка видана торгово-промисловою палатою України чи іншими компетентними органами, є достатнім підтвердженням наявності і тривалості форс-мажорних обставин.
- 13.9. Сторона, для якої виникла неможливість виконання зобов'язань за цим Договором, повинна негайно, але не пізніше 10 календарних днів з моменту настання форс-мажорних обставин, сповістити іншу Сторону про настання і припинення обставин, що перешкоджають виконанню зобов'язань за цим Договором.
- 13.10. Якщо форс-мажорні обставини діють протягом 3 (трьох) послідовних місяців, кожна зі Сторін буде мати право відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за цим Договором, без права відшкодування можливих збитків.
- 13.11. Неповідомлення або несвочасне повідомлення про настання чи припинення форс-мажорних обставин позбавляє Сторону права посилаючись на них.
- 13.12. Електронна персональна картка -це картка на якій вказані: прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи, номер Договору та номери телефонів лікарів-координаторів Страховика.
- 13.13. Базова клініка –це та клініка, яка передбачена Типом і Програмою страхування, до Договору добровільного медичного страхування. Відшкодування вартості послуг іншого Типу клінік, здійснюється на рівні цін Базової клініки".
- 13.14. Зміна ступеню страхового ризику – зміна будь-якої інформації щодо Застрахованої особи, що наведена в Договорі, заяві на страхування або будь-якому іншому документі, який подавався Страховику, зокрема, але не обмежуючись: умов праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань, про які не було належним чином повідомлено, встановлення групи інвалідності тощо.
- 13.15. Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати життю.
- 13.16. Хронічне захворювання – це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3-х разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
- 13.17. Ускладнення захворювання – новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.
- 13.18. 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 (неповної, часткової ремісії), яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає невідкладної медичної допомоги.
- 13.19. Лікування загострення хронічного захворювання (по рекомендації лікуючого лікаря) проводиться до стадії ремісії, при цьому необхідна консультативна допомога та діагностичні дослідження (по рекомендації лікуючого лікаря).
- 13.20. Планова операція- це та операція, яка може бути відстрочена по часу більше ніж на 72 години.
- 13.21. Діагностика захворювань (в тому числі тих, які вказані в переліку виключень) – це процес встановлення діагнозу, тобто закінчення про суть хвороби і стан пацієнта, описане у прийнятій медичній термінології; проводиться до моменту постановки кінцевого діагнозу.
- 13.22. Базовий медичний заклад – це медичний заклад вказаний у відповідному переліку на сайті Страховика, в якому є можливість отримати необхідний обсяг медичної допомоги, в т. ч. без залучення інших медичних установ в межах умов страхування згідно критеріїв ЛПЗ (консультація лікаря терапевта/ педіатра/сімейного лікаря на дому; консультація лікаря терапевта/ педіатра/ сімейного лікаря в лікарні; консультація лікарів суміжних спеціальностей не нижче II категорії; наявність лабораторії; можливості відкриття лікарняних листків; досвід відсутності обгрунтованих скарг на роботу базового медичного закладу у клієнтів; доступність та клієнтоорієнтованість).
- 13.23. Невідкладна допомога – це допомога при станах, які передбачені в переліку невідкладних станів згідно Наказу № 370 МОЗ України від 01.06.2009 р.
- 13.24. Самолікування (син. Концепція самолікування, відповідальне самолікування) – застосування споживачем ліків, що знаходяться у вільному продажу, для профілактики і лікування у разі порушень самопочуття та для зменшення вираженості симптомів, розпізнаних ним самим.



- 13.25. Страхові тарифи та умови Договору переглядаються Страховиком, про що Страхувальник буде своєчасно (за 10 календарних днів до дати перегляду внесення змін) проінформований в письмовій формі.  
Істотними умовами для перегляду тарифів є зміни в порядку надання послуг та/або підвищення цін вважається таким, що фактично відбулося, на підставі статистичних даних або інших документів офіційних органів (в тому числі з офіційної преси або сайту таких органів) або порівняльних таблиць з тарифами, які надаються Страховиком:
- 13.25.1. При підвищенні цін в ЛПУ (Лікувально-профілактичні установи), на лікарські препарати та/або послуги, у тому числі по окремій послугі, що надаються за обраними програмами, більш ніж на 15% (п'ятнадцять відсотків) у період з моменту узгодження страхового тарифу сторонами та протягом дії Договору.
- 13.25.2. При зміні рівня кваліфікації фахівців ЛПУ, залученні зовнішніх консультантів, додаванні нових позицій преїскурантів, неузгоджених зі Страховиком, що привели до зростання більш ніж на 15% (п'ятнадцять відсотків) вартості послуг у строк дії Договору страхування.
- 13.25.3. Тарифи переглядаються з урахуванням ситуації, що виникла; при цьому Страховик погоджує зі Страхувальником один із наступних варіантів, про що підписується Додаткова угода до цього Договору:
- 13.25.3.1.1. Варіант 1. Страхові тарифи індексуються Страховиком, з моменту підвищення цін, пропорційно їх підвищенню на погоджений коефіцієнт або змінюється програма страхування. Доплата страхової премії здійснюється протягом 5 (п'яти) банківських днів після отримання Страхувальником рахунку від Страховика.
- 13.25.3.2. Варіант 2. Зміна умов Договору впровадження наступних опцій та/або їх комбінацій:
- 13.25.3.2.1. виключення з Програми ЛПУ та/або інших закладів;
- 13.25.3.2.2. зменшення страхової суми по окремим програмам;
- 13.25.3.2.3. введення додаткових лімітів на окремі програми;
- 13.25.3.2.4. введення/зміна розміру франшиз на окремі програми, ЛПУ або оздоровчі заклади;
- 13.25.3.2.5. інші зміни умов страхування за домовленістю сторін.
- 13.26. У разі досягнення Договором або по Застрахованій особі фактичного рівня виплат 70% за строк дії Договору, Страховик має право припинити обслуговування Застрахованих осіб по плановій допомозі до кінця строку дії Договору.

#### 14. ІНШІ УМОВИ

- 14.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати отримувачу страхової виплати пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно здійсненої страхової виплати за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який нараховується пеня;
- 14.2. Страхувальник (Застрахована особа) несе майнову відповідальність за несвоєчасне повернення отриманої страхової виплати (повністю або частково), якщо протягом строків позовної давності, встановлених законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, які позбавляють одержувача страхової виплати, на підставі умов Договору, права на одержання зазначених коштів (повністю або частково) шляхом сплати Страховику пені в розмірі 0,01% від суми несвоєчасно виконаного грошового зобов'язання за кожний день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла у період, за який нараховується пеня;
- 14.3. за невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених цим Договором, Сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України;
- 14.4. сторони звільнюються від відповідальності, якщо причиною невиконання або неналежного виконання обов'язків стали обставини непереборної сили (військові дії, масові безладдя, зміни законодавства);
- 14.5. всі спори щодо невиконання або неналежного виконання умов цього Договору, вирішуються шляхом переговорів та, при необхідності, із залученням незалежних експертів. При неможливості вирішення спорів шляхом переговорів, вони вирішуються в судовому порядку відповідно до законодавства України;
- 14.6. у випадках, не врегульованих цим Договором, Сторони керуються Правилами страхування, а також іншими законодавчими актами України;
- 14.7. Страховик не вважається зобов'язаним надавати страхове покриття, та не зобов'язаний здійснювати страхове відшкодування, чи здійснювати інші платежі за цим Договором в тій мірі, в якій дане страхове покриття, таке страхове відшкодування або здійснення інших платежів наражає Страховика на порушення будь-якої санкції, заборони чи обмеження згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торговими чи економічними санкціями, законами або правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушує будь-які правила або національне законодавство, що застосовується до Страховика);
- 14.8. Страхувальник підтверджує, що усі Застраховані особи за цим Договором добровільно погодилися на страхування на умовах, зазначених у Договорі, надали згоду на обробку персональних даних та зобов'язуються виконувати умови Договору, та повідомив останніх про обсяг та мету, з якою будуть оброблятися її персональні дані, осіб, яким передаються їх персональні дані, та права, визначені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних»;
- 14.9. Підписанням даного Договору, Страхувальник підтверджує те, що до укладення зазначеного Договору Страховиком було надано інформацію, передбачену частиною другою статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг»;
- 14.10. підписанням цього Договору Страхувальники підтверджує, що Застраховані особи з умовами Програми страхування ознайомлені;
- 14.11. Страхувальник дає згоду Страховику на використання та розголошення своїх персональних даних (інформації), та надає право Страховику надавати ці дані третім особам в передбаченому законодавством України випадках, в тому числі надання такої інформації Національному Банку України;
- 14.12. Страховик є платником податку на прибуток на загальних підставах згідно розділу III Податкового кодексу України. Згідно з підпунктом 196.1.3 пункту 196.1 статті 196 Податкового Кодексу України не є об'єктом оподаткування ПДВ операції з надання послуг із страхування в т.ч. з добровільного медичного страхування;
- 14.13. За наявності розбіжностей між Програмою та цим Договором пріоритет мають умови, вказані в Програмі страхування.

#### 15. ДОДАТКИ ДО ДОГОВОРУ

- 15.1 Додаток № 1 – «Заява на виплату страхового відшкодування» (зразок).

#### 16. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДРИС СТРАХОВИКА

**ТДВ «СК «ВАРТО»**  
код ЄДРПОУ 43199626  
адреса: 01133, м. Київ, бульвар Лесі Українки, будинок 26  
**Банківські реквізити:** п/р UA763071230000026504010733600  
в ПАТ «БАНК ВОСТОК»  
тел.. +380937778808  
електронна адреса: [A\\_sviydoctor@vartois.com.ua](mailto:A_sviydoctor@vartois.com.ua)

Директор

Н.М. Мельник

Директору  
ТДВ СК «ВАРТО»  
Мельник Н.М.

Номер Електронної персональної картки Застрахованої особи \_\_\_\_\_

**Інформація про заявника:**

П.І.Б. \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА  
на страхову виплату**

Відповідно до Договору добровільного медичного страхування № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ р., Правил страхування, та Програми страхування, прошу здійснити страхову виплату, в зв'язку з оплатою мною за рахунок власних коштів медичних послуг та/або лікарських засобів на загальну суму \_\_\_\_\_.

Документи, що додаються до даної заяви та підтверджують факт настання даного страхового випадку:

№ з/п	Найменування документу	Так/ні	Кількість	Сума, грн
	Копія Електронної персональної картки Застрахованої особи			-----
	Копії відповідних сторінок паспорту			-----
	Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру			-----
	Виписка з історії хвороби/із медичної картки амбулаторного хворого			-----
	Рахунки закладів охорони здоров'я з розшифруванням кошторису наданих медичних послуг			
	Копію листка призначень (при стаціонарному лікуванні)/рецепту			-----
	Фіскальні чеки з детальним переліком найменувань, кількості і вартості виданих медикаментів/товарів медичного призначення			
	Товарні чеки, накладні з детальним переліком найменувань, кількості і вартості виданих медикаментів/товарів медичного призначення*			

\*В разі надання товарних чеків потрібно надати Свідоцтво реєстрації СПД, Свідоцтво платника єдиного податку, копія квитанції про сплату єдиного податку за поточний місяць;

Прошу належну мені страхову виплату у відповідності до положень Договору здійснити на мій особистий рахунок:

розрахунковий рахунок банку \_\_\_\_\_, номер картки \_\_\_\_\_.

Дата підписання заяви \_\_\_\_\_ Підпис заявника \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)