

Затверджено:
 Наказом Правління
 ПрАТ СК «ГРАВЕ УКРАЇНА»
 № 03/02-ТД від 16.01.2025р.

Додаток № 1

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт

Медичне страхування (назва страхового продукту)

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «ГРАВЕ УКРАЇНА» код ЄДРПОУ 19243047
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг із Державного реєстру фінансових установ від 23.04.2024 (б/н) діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання)
4	Місцезнаходження страховика	Україна, 03150, м. Київ, вул. Велика Васильківська, буд. 65
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://www.grawe.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Предметом Договору страхування (далі – Договір) є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України. Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, витрати, пов'язані з наданням допомоги (асистансом) Застрахованій особі, з якими пов'язані страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача) та страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим ризиком є непередбачувана подія, на випадок настання якої проводиться страхування, а саме: погіршення

стану здоров'я у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, а також інші ризики, які зазначені в умовах Договору (Програми страхування, яка є невід'ємною частиною договору).

За умовами Договору страховими ризиками, які обирає Страхувальник (Застраховані особи) на умовах, визначених Договором, можуть бути:

- ризики, що пов'язані з витратами на надання амбулаторно-поліклінічної допомоги;
- ризики, що пов'язані з витратами на надання стоматологічної допомоги;
- ризики, що пов'язані з витратами на надання стаціонарної допомоги;
- ризики, що пов'язані з витратами на надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги;
- ризики, що пов'язані з витратами на реабілітаційно-відновлювальне лікування;
- ризики, пов'язані з витратами на забезпечення медикаментами та витратними матеріалами.

Даний перелік Страхових ризиків та Страхових випадків не є вичерпним та узгоджується між Страховиком і Страхувальником при укладенні Договору та зазначається в Договорі.

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи внаслідок захворювання Застрахованої особи, у тому числі ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку, погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в результаті гострого захворювання або загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншої зміни стану здоров'я, що сталися на території дії Договору та протягом дії Договору до медичного закладу, з метою отримання медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в межах та обсягах, передбачених Договором (Програмою страхування).

У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються асистуючі послуги, у порядку передбаченому Договором.

Обсяг страхового захисту, який надається Застрахованим особам, визначений у Програмі страхування (далі – Програма страхування), що додається до Договору та є його невід'ємною частиною (Додаток № 1).

Програма страхування розроблена в залежності від потреб Страхувальника та Застрахованих осіб та включає індивідуальний перелік опцій покриття, які узгоджуються Страховиком і Страхувальником при укладенні Договору.

Обмеження страхування:

В Програмі страхування може бути передбачено застосування франшиз, лімітів до опцій покриття.

За Договором медичні послуги надаються Застрахованим особам на базі медичних закладів, актуальний перелік яких надається Страховиком Страхувальнику під час укладання Договору у будь-якій зручній для Страхувальника формі (в тому числі, надсилання на адресу електронної пошти тощо).

9	Територія та строк дії договору страхування	<p>Територія дії Договору - Україна, за виключенням Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, територій з переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, територій територіальних громад, розташованих в межах до 70 км від лінії проведення воєнних (бойових) дій (лінія проведення воєнних (бойових) дій визначається згідно інтернет-ресурсів https://liveuamap.com та https://deepstatemap.live/#6/49.438/32.053).</p> <p>Страховий захист щодо Застрахованих осіб діє протягом 24 годин на добу в межах строку вказаного в Договорі.</p> <p>Договір вступає в силу з моменту, вказаного як початок дії Договору страхування, проте не раніше дня, наступного за днем сплати Страхувальником страхової премії (першої її частини) на поточний рахунок Страховика.</p> <p>Страховик та Страхувальник можуть узгодити інші умови вступу Договору в силу та зазначити їх в Договорі.</p> <p>Дія Договору припиняється о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата закінчення строку його дії, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення його дії.</p> <p>Дія Договору призупиняється у разі несплати Страхувальником загальної страхової премії (першої або будь-якої наступної частини платежу) у розмірах та у строки, передбачені Договором . При цьому, страховий захист Застрахованим особам згідно Договору не надається і Страховик не буде нести відповідальності за випадками, що відбулись впродовж строку призупинення дії Договору.</p> <p>Дію Договору може бути поновлено з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою погашення Страхувальником заборгованості (дата зарахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика) по сплаті загальної страхової премії (відповідної частини платежу), але така заборгованість має бути погашена не пізніше ніж 5 (п'ять) робочих днів, починаючи з дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата оплати (надалі – «пільговий період»). При цьому, дата закінчення строку дії Договору залишається незмінною та період, за який не було своєчасно сплачено страхову премію, зараховується в загальний термін дії Договору. Якщо після завершення пільгового періоду, відповідна сума страхової премії, визначена в Договорі страхування, не була сплачена Страхувальником, то Договір вважається достроково припиненим з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою, визначеною в Договорі страхування, як дата оплати відповідної частини платежу.</p> <p>Мінімальний строк дії Договору: 1 рік Максимальний строк дії Договору: 1 рік Продовження строку дії Договору – не передбачено.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Страхова сума обирається Страхувальником на кожну Застраховану особу залежно від Програми страхування та зазначається в Договорі за згодою Сторін.</p> <p>Мінімальний розмір страхової суми – 100 000 грн. Максимальний розмір страхової суми – 500 000 грн.</p>

11	Франшиза	<p>В межах загальної страхової суми за Договором та на кожную Застраховану особу встановлюються обмеження, в межах яких Страховик зобов'язується провести страхову виплату по окремих видах медичних послуг відповідно до умов Договору(далі – Ліміти).</p> <p>Ліміти можуть бути визначені в грошовому вираженні або в кількості медичних послуг, що можуть бути надані Застрахованій особі, або в часовому вираженні, тобто в тривалості надання медичних послуг Застрахованій особі тощо. Розміри Лімітів за окремими видами послуг наведені у Програмі страхування.</p> <p>У разі здійснення страхової виплати на її розмір зменшуються загальна страхова сума за Договором, страхова сума на одну Застраховану особу та відповідний Ліміт щодо окремих медичних послуг. Страхова сума на кожную Застраховану особу та Ліміти вважаються зменшеними з дати настання страхового випадку.</p> <p>Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі досягне розміру страхової суми на Застраховану особу, дія цього Договору стосовно цієї Застрахованої особи припиняється. Відповідно у разі припинення дії Договору щодо окремої Застрахованої особи, Страховик не оплачує та не відшкодовує такий Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих після припинення дії Договору відносно такої Застрахованої особи.</p> <p>Франшиза у відсотковому значенні: Мінімальний розмір франшизи у відсотковому значенні – 0,1%, Максимальний розмір франшизи у відсотковому значенні – 95%.</p> <p>Франшиза у грошовому значенні: Мінімальний розмір франшизи у грошовому значенні – 50 грн, Максимальний розмір франшизи у грошовому значенні – 500 000 грн.</p> <p>Франшиза у кількості процедур: Мінімальний розмір – 1 процедура; Максимальний розмір – 50 процедур.</p> <p>Франшиза у днях: Мінімальний розмір – 1 день Максимальний розмір – 30 днів.</p> <p>Франшиза у кількості випадків: Мінімально – 1 випадок протягом дії договору; Максимально – 20 випадків протягом дії договору.</p>
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>Розмір страхової премії на кожную Застраховану особу, визначається індивідуально залежно від Програми страхування, її наповнення, віку Застрахованої особи, способу оплати, кількості Застрахованих в колективі, інших параметрів та зазначається в Договорі за згодою Сторін.</p> <p>Мінімальний розмір страхового тарифу – 0,10% від страхової суми.</p> <p>Максимальний розмір страхового тарифу – 50,00% від страхової суми.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страховальник сплачує страхову премію шляхом перерахування грошових коштів у національній валюті</p>

		<p>України на поточний рахунок Страховика. Страхову премію може бути сплачено як одним платежем, так і кількома частинами страхової премії у порядку та в терміни, передбачені Основною частиною Договору страхування. Датою оплати страхової премії є дата зарахування страхової премії/частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.</p> <p>Страховик не несе зобов'язань щодо повідомлення Страхувальника про строки оплати чергових страхових премій. Відповідальність за своєчасну оплату загальної страхової премії (відповідної його частини) покладається на Страхувальника.</p>
14	Обов'язки сторін	<p>Страховик зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами Договору та Загальними умовами страхового продукту; - у разі настання страхового випадку забезпечити надання Застрахованій особі медичних послуг та їх оплату в порядку та розмірі, визначеному Договором; - видати кожній Застрахованій особі документ, що посвідчує факт страхування (страховий сертифікат та/або картка сервісного обслуговування); - тримати в таємниці відомості про Страхувальника, Застрахованих осіб та їх майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України; - здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому Договором; - у випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом терміну його дії оформити та видати дублікат втраченого документу; - за заявою Страхувальника надати йому актуальний перелік закладів охорони здоров'я; - у випадках звернення Застрахованої особи з приводу втрати Картки Застрахованої особи, оформити та видати дублікат Картки Застрахованої особи. <p>Страховик має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи інформацію та документи, що є необхідними для укладання та виконання умов Договору, в тому числі надання Декларації про стан здоров'я або результатів медичного огляду; - перевіряти інформацію, що подається Страхувальником/Застрахованою особою, і стосується виконання Страхувальником/Застрахованою особою умов Договору; - самостійно з'ясовувати причини та обставини страхових випадків, а також причинно-наслідкові зв'язки між обставинами та наслідками, які настали в їх результаті, в тому числі, в разі необхідності отримати висновки медичних закладів, правоохоронних органів та інших установ, що володіють інформацією про обставини страхових випадків; - відмовити в оплаті та/або наданні медичних послуг згідно з умовами Договору та/або Загальних умов страхового продукту, у випадках передачі Застрахованою особою страхового сертифікату та/або картки сервісного обслуговування третій особі для одержання нею медичних

послуг або порушення Застрахованою особою лікарських приписів та режиму роботи медичного закладу, а також у випадках, зазначених в переліку винятків;

- без обґрунтування причин відмовити у прийнятті на страхування певних Застрахованих осіб;

- ініціювати внесення змін до умов Договору;
- без попереднього узгодження із Страхувальником/Застрахованою особою, дотримуючись принципу економічної доцільності та достатності асортименту послуг, змінювати перелік закладів охорони здоров'я за Договором;

- при збільшенні середнього курсу гривні за 20 (двадцять) банківських днів на 20% або більше за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії Договору згідно з даними офіційного інтернет - представництва Національного Банку України, перерахувати страхову премію.

Сума доплати страхової премії на 1 (одну) Застраховану особу розраховується за формулою:

Сума доплати = (Страхова премія/ (дата завершення - дата початку)) X (дата завершення – дата перерахунку +1) * (курс гривні на дату перерахунку / (курс гривні на дату початку або попереднього перерахунку-1)) * 0,53, де

дата початку – дата початку строку дії Договору;

дата завершення – дата завершення строку дії Договору;

дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії Договору, або відносно курсу гривні на попередню дату перерахунку, якщо такий перерахунок вже було здійснено. Страховик здійснює необхідні розрахунки та направляє Страхувальнику рахунок.

Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- ознайомитись з умовами страхування, визначеними Загальними умовами та Договором;

- отримати згоду Застрахованих осіб на їх страхування згідно з Договором;

- сповіщати Страховика протягом строку дії Договору про зміни ПІБ, адрес та інших необхідних даних, що стосуються Застрахованої особи протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після змін;

- при відмові від запланованого візиту до закладу охорони здоров'я, попередити лікаря-координатора Представника Страховика не пізніше, ніж за 2 (дві) години до призначеного часу відвідування;

- надавати Страховику інформацію, необхідну для укладання Договору та/або пов'язану з виконанням умов Договору;

- своєчасно сплачувати страхові премії у розмірі, встановленому Договором;

- дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

- при укладанні Договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення

		<p>для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;</p> <ul style="list-style-type: none"> - повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо Застрахованих осіб; - дотримуватись умов Договору; - Страхувальник зобов'язаний повідомити Застрахованих осіб про укладений на їх користь Договір страхування. <p>Страхувальник (Застрахована особа) має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одержувати медичну допомогу в обсязі, визначеній у Програмі страхування; - за погодженням із Страховиком самостійно оплати частину вартості одержаних медичних послуг; - ініціювати внесення змін до умов Договору, а також достроково розірвати Договір в порядку та на умовах, передбачених Договором; - у разі необхідності, здійснювати контроль за якістю надання медичних послуг Застрахованій особі; - повідомляти Страховика/представника Страховика про випадки не надання медичних послуг чи надання некваліфікованих медичних послуг Застрахованим особам; - одержати дублікат Договору/Страхового сертифікату в разі його втрати. Дублікат Договору/Страхового сертифікату видається Страховиком протягом 2 (двох) робочих днів від дня отримання письмової заяви; - оскаржувати в порядку, встановленому чинним законодавством України, рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати; - застрахована особа зобов'язана надати Страховику/Представнику Страховика можливість доступу для ознайомлення зі станом свого здоров'я. При цьому Застрахована особа надає свою згоду на розкриття працівниками медичних закладів Страховику лікарської таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення і лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку його дії; - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником та/або Застрахованою особою у повному обсязі; - несплати Страхувальником страхових премії у встановлені Договором терміни; - ліквідації Страхувальника - юридичної особи, або Смерті Страхувальника/Застрахованої особи - фізичної особи, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; - прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним; - в інших випадках, передбачених законодавством України. <p>Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це</p>

не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору, та якщо інше не передбачено Договором та законодавством України.

У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору відповідно до Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору.

У разі дострокового припинення дії Договору, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому фактично сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Розмір витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору зазначається в Договорі та встановлюється у відсотках від страхового тарифу, але не може перевищувати 50% від страхового тарифу. Якщо вимога Страхувальника/Застрахованої особи обумовлена порушенням умов Договору Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові премії повністю.

Виключення Застрахованої особи зі списку Застрахованих осіб вважається достроковим припиненням дії Договору по відношенню до цієї Застрахованої особи та здійснюється шляхом підписання Додаткової угоди.

Якщо в результаті розрахунків за Договором/Додатковою угодою $СПП < 0$, то Страховик нічого не повертає, а Страхувальник нічого не доплачує за Договором/за Застраховану особу, яка виключається з Договору.

У разі якщо при виключенні Застрахованої особи із Списку залишок страхової премії резервується в рахунок оплати страхового платежу по новій Застрахованій особі, відсоток витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору не рівний нулю та не нараховується.

У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Розмір витрат пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору зазначається в Договорі та

		<p>встановлюється у відсотках від страхового тарифу, але не може перевищувати 50% від страхового тарифу.</p> <p>Страховальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, в тому числі, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику заяви в письмовій формі. У разі відмови Страховальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страховальнику страхову премію у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня надання заяви Страховальником про відмову від Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страховальника від укладеного Договору, Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором, і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.</p> <p>Якщо протягом періоду від початку дії Договору до отримання Страховиком письмового повідомлення Страховальника про відмову від Договору сталася подія, що має ознаки страхового випадку, і про цю подію було повідомлено Страховику, то Страховальник зобов'язаний надати Страховику всі передбачені умовами Договору документи для прийняття рішення щодо визнання випадку страховим і здійснення страхової виплати чи невизнання випадку страховим і відмови у її здійсненні. Після прийняття такого рішення Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів повертає Страховальнику сплачену страхову премію за вирахуванням суми страхової виплати (в разі, якщо було прийнято рішення про здійснення страхової виплати) або повністю (в разі, якщо було прийнято рішення про відмову у страховій виплаті).</p>
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>У разі настання страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана звернутися за отриманням медичних послуг до Представника Страховика за телефоном, вказаним в Договорі та в документі, який видається Застрахованій особі і посвідчує факт її страхування (страховий сертифікат та/або картка сервісного обслуговування).</p> <p>При зверненні до Представника Страховика Застрахована особа має надати наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> - індивідуальний номер картки Застрахованої особи та/або номер та серію Договору страхування; - прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Застрахованої особи; - причину звернення (скарги, що пов'язані із здоров'ям). <p>Врегулювання страхових випадків за Договором проводиться безпосередньо через Представника Страховика.</p> <p>Представник Страховика вирішує в повному обсязі питання про необхідність та порядок надання Застрахованій особі медичних послуг в межах Програми страхування.</p>

		<p>Якщо в екстрених випадках, з незалежних від Застрахованої особи причин, Застрахована особа потрапляє до закладу охорони здоров'я не за посередництвом Представника Страховика, вона або особа, що її представляє, зобов'язана повідомити про настання страхового випадку Представника Страховика як тільки це стане можливим, проте не пізніше 24 годин з дати випадку. Представник Страховика, за узгодженням зі Страховиком, вирішує питання про подальший порядок надання медичних послуг.</p> <p>У разі настання страхового випадку Застрахована особа може самостійно звернутися будь-який заклад охорони здоров'я, що не включений до переліку закладів охорони здоров'я, передбаченого Програмою страхування чи розміщеного на сайті Страховика, отримати медичні послуги та оплатити їх самостійно. У цьому випадку Страхувальник/Застрахована особа повинна повідомити про це Представника Страховика до початку відвідування у планових випадках або негайно (не пізніше 24 годин з моменту звернення), як тільки з'явиться можливість.</p> <p>В екстрених випадках Застрахована особа госпіталізується лікарями невідкладних медичних послуг в рекомендований ними заклад охорони здоров'я, який при наявності відповідних відділень та місць може надати необхідні медичні послуги за профілем.</p> <p>При відвідуванні закладу охорони здоров'я необхідно мати при собі страховий сертифікат Застрахованої особи та документ, що засвідчує особу.</p> <p>Підбір закладу охорони здоров'я відноситься до компетенції лікаря-координатора Представника Страховика або Страховика та здійснюється із врахуванням місцезнаходження та побажань Застрахованої особи, Програми страхування та обставин страхового випадку по кожній Застрахованій особі.</p> <p>У випадках невиконання рекомендацій лікаря Страховик не несе відповідальності за подальше координування страхового випадку та не здійснює страхову виплату.</p>
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком на умовах, визначених Договором на підставі заяви Страхувальника / Застрахованої особи (його правонаступника, Вигодонабувача або третіх осіб, визначених Договором) і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (страхового акта).</p> <p>Страховик оплачує вартість медичних послуг закладу охорони здоров'я за умови, що такі послуги були отримані Застрахованою особою за участю Представника Страховика згідно з умовами Договору та Програми страхування, за винятком випадків, коли Застрахована особа самостійно сплачує вартість медичних послуг.</p> <p>У випадку, коли Застрахована особа з об'єктивних, незалежних від неї причин (за умови неможливості зв'язатися з Представником Страховика або Страховиком на момент настання страхового випадку та протягом 24 годин з дати випадку) самостійно оплатила послуги, які відшкодовуються на умовах Договору та Програми страхування, Страховик</p>

відшкодує ці витрати на умовах, встановлених Договором. При цьому, Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика або Представника Страховика про такий випадок самостійного розрахунку протягом 24 годин з моменту настання такого випадку. Якщо Застрахована особа не змогла повідомити Страховика або Представника Страховика про подію в строк, обумовлений умовами Договору, з об'єктивних причин (відсутність зв'язку у місці події, за станом здоров'я тощо), вона повинна надати докази відсутності такої можливості та повідомити Страховика або Представника Страховика відразу, як тільки це стане можливим. Для отримання такого відшкодування Застрахована особа має право звертатись до Страховика або Представника Страховика протягом всього строку дії Договору з моменту завершення лікування.

Для підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати Страховику повинні бути пред'явлені оригінали (чи завірені відповідними закладами охорони здоров'я або уповноваженим представником Страховика копії) таких документів:

- заяви про настання страхового випадку та страхову виплату встановленого взірця з детальним описом понесених витрат та причин, які зумовили настання страхового випадку;
- страхового сертифікату (у випадку наявності);
- довідки з закладу охорони здоров'я (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із вказаними прізвищем пацієнта, точним діагнозом захворювання, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, переліком медичних послуг, лікарських засобів, рекомендованих у зв'язку із даним захворюванням;
- рецептів на придбання медикаментів, виписаних лікуючим лікарем у зв'язку з даним захворюванням;
- документів, що підтверджують факт оплати за лікування та придбання медикаментів (розрахункові документи та/або документи, що підтверджують виконання платіжної операції, створені в паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг: (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманої застрахованою особою допомоги / послуг, пов'язаних з настанням страхового випадку, а також дату їх оплати (включаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, прибутковий касовий ордер, квитанцію платіжного пристрою, платіжну інструкцію, квитанцію до платіжної інструкції на переказ готівки, виписку про рух коштів за рахунком ініціатора платіжної операції та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної / розрахункової операції);
- акти виконаних робіт (за надані медичні послуги);
- паспорта особи, яка отримує страхову виплату;
- ідентифікаційного коду особи, яка отримує страхову виплату;
- копії свідоцтва про народження Застрахованої особи, копії документу, що ідентифікує особу одного з батьків, опікуна/піклувальника Застрахованої особи, копія

документів, що підтверджують право на опікунство/піклування, у випадку, коли Застрахованою особою є неповнолітня дитина;

- інші документи на обґрунтовану вимогу Страховика, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів та (або) необхідних для здійснення страхової виплати.

У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата здійснюється її спадкоємцю(ям). При цьому, крім документів, передбачених умовами Договору, спадкоємець(і) повинен(ні) пред'явити:

- копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- копію лікарського свідоцтва про смерть;
- Свідоцтво про право на спадщину на страхову виплату за Договором (оригінал, нотаріально завірена копія або копія за умови, що Страховик має змогу порівняти копію з оригіналом).

Документи та/або інформація, зазначені вище, можуть бути надані Застрахованою особою шляхом направлення на адресу електронної пошти Страховика claims@grawe.ua та/або іншим способом (подання особисто Страховику, подання за допомогою засобів поштового зв'язку). Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної наданих документах (в тому числі їх копіях), несе Застрахована особа.

Вимоги до копій документів та їх застосування:

- оскільки оригінал будь-якого документа, вказаного в даному розділі, може бути єдиним примірником, а також бути необхідним для Застрахованої особи, то для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа надає Страховику копії документів зручним для нього способом відповідно до умов Договору, за умови збереження оригіналу у себе, з наданням оригіналу Страховику за його першою вимогою в т.ч., але не виключно після закінчення дії Договору; повної відповідності таких документів наведеному в Договорі визначенню копії документа; у разі надання цифрової копії документа в т.ч. вимогам Договору. При цьому, застерігається, що в електронному вигляді документи (в тому числі їх копії) можуть бути скеровані Страховику лише за умови, що вартість медичних послуг не перевищує 5 000 (п'яти тисяч) гривень.

У випадках, передбачених законодавством, документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, мають бути подані виключно у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій. Подання простих копій використовується виключно за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами. На вимогу Страховика, яка може бути здійснена, як письмово, в тому числі, шляхом обміну електронними повідомленнями, так і усно, Застрахована особа зобов'язується надати Страховику для ознайомлення та огляду оригінали документів способом та в термін, визначені Страховиком. При цьому, застерігається, що у випадку вимоги Страховика щодо

надання оригіналів документів, перебіг строку для прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті призупиняється до моменту, коли Страховик отримає оригінали таких документів.

- надаючи копії документів, Застрахована особа гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні, цифрові) є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа: їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Застрахована особа зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

- документ, цифрова копія якого надається Страховику та/або його представнику, має відповідати таким вимогам:

а) повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду:

- документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, docx, rtf, xls,xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);

- документ, що містить графічні зображення (.pdf, tif, jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi):

б) має бути належної якості, щоб на ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

Копією документа згідно з Договором є його точне відтворення з оригіналу на папері та/або в цифровому форматі, в тому числі, але не виключно шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних пристроїв, в т.ч., але не виключно мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, який у випадку необхідності може бути замінено оригіналом.

При наявності всіх необхідних документів і після повної їх перевірки, рішення про страхову виплату приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту подання Застрахованою особою всіх документів, що засвідчують настання страхового випадку та понесені витрати. У випадку визнання випадку страховим, Страховик складається страховий акт та здійснюється виплата в межах страхової суми протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після прийняття відповідного рішення.

Оплата Застрахованою особою самостійно медичних послуг не звільняє її від обов'язку повідомлення про настання страхового випадку Представника Страховика та узгодження з нею порядку подальшого отримання медичних послуг.

Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі документів, перерахованих в умовах Договору у розмірі 100% витрат, якщо вартість наданих медичних послуг не перевищує рівень цін базових закладів охорони здоров'я на момент настання страхового випадку по відповідній Програмі страхування.

У випадку, якщо вартість наданих медичних послуг перевищує рівень цін базових закладів охорони здоров'я, Страховик компенсує тільки ту частку витрат, що не

перевищує рівень цін базових закладів охорони здоров'я. Для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні медичні послуги базових закладів охорони здоров'я і закладу охорони здоров'я, у яку звернулася Застрахована особа. Рішення щодо порівняння рівня цін приймає Страховик.

У випадку наявності в калькуляції закладу охорони здоров'я, в яку самостійно звернулася Застрахована особа, позицій, що відсутні в прейскуранті цін базових закладів охорони здоров'я, за такими медичними послугами Страховик оплачує 50% (п'ятдесят відсотків) таких витрат.

При наявності в Програмі страхування франшизи, страхова виплата здійснюється за вирахуванням франшизи за тим видом медичних послуг, за яким вона встановлена. Розмір вирахованої франшизи може сплачуватись Застрахованою особою безпосередньо на місці отримання медичних послуг.

Загальний розмір страхових виплат по одній Застрахованій особі не може перевищувати Страхову суму або Ліміти, встановлені Договором або загальний корпоративний/агрегатний ліміт за опцією/набором опцій, якщо такий ліміт передбачено Програмою страхування.

У випадку відшкодування Страховиком витрат самостійно оплачених Застрахованою особою медичних послуг, виплата коштів перераховується на поточний рахунок Застрахованої особи.

Медичні послуги, що не передбачені Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно та без подальшої компенсації Страховиком.

Призначені лікарем лікарські засоби Застрахована особа отримує за рецептами або на основі заяви, направленої Страховиком у конкретну аптеку, що співпрацює зі Страховиком. Під аптекою розуміються мережі аптечних закладів, актуальний список яких надається Страховиком Страхувальнику під час укладання Договору у будь-якій зручній для Страхувальника формі (наприклад, надсилання на адресу електронної пошти тощо). При наявності франшизи за даним випадком різницю вартості лікарських засобів Застрахована особа має сплатити самостійно безпосередньо при отриманні лікарських засобів.

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). В даному випадку строк прийняття рішення може бути продовжено до 90 (дев'яноста) календарних днів з дати отримання останнього документу від Страхувальника/Застрахованої особи. У випадку, якщо у вказаний строк Страховик не мав можливості з'ясувати вищевказані обставини страхового випадку, Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим

		<p>випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом; 2) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами; 3) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження. <p>Розмір страхової виплати може бути зменшеним унаслідок виникнення податкових зобов'язань Вигодонабувача.</p>
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>Не визнаються страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу страхової виплати за медичну допомогу (в тому числі медикаменти) та Страховик не здійснює страхову виплату, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стан здоров'я Застрахованої особи або травма, виник/виникла поза місцем дії Договору страхування, до початку строку або після закінчення строку дії Договору страхування, за винятком страхових випадків, які потребують стаціонарного лікування, що розпочато 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 ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення строку дії Договору; - медична допомога, що не передбачена умовами Договору і Програмою страхування; - медичні послуги, надані закладами охорони здоров'я, що не передбачені умовами Договору та не узгоджені зі Страховиком відповідно до умов Договору та Загальних умов страхового продукту; - витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою страхування, витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг, витрати на медичні послуги та товари медичного призначення отримані у фізичної особи – підприємця без підтвердження їх сплати фіскальним чеком або належним чином оформленою квитанцією. <p>Страховик не організовує та не компенсує витрати на оплату медичних послуг пов'язаних з діагностикою та лікуванням наступних захворювань та станів (якщо інше не передбачено Програмою страхування):</p> <ul style="list-style-type: none"> - хронічні захворювання поза стадією загострення; - дерматологічні захворювання (у т.ч. псоріаз, мікоз шкіри/нігтів та внутрішніх органів, оніхомікоз, акне, розоцея, сікозом, атопічний дерматит, екзема, короста, себорея, вугрова хвороба, демодекоз, алопеція, контагіозний моллюск,

вітیلیго, лупа, нейродерміт, сонячні опіки, дисгідроз кистей та стоп, піодермія, токсикодермія, педикульоз, короста, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів та ін.) окрім первинної консультації лікаря;

- психічні, психоневрологічні, психосоматичні хвороби та розлади (в т.ч. психопатії, неврози, астенії, мігрені, епілепсії та астено-невротичні, іпохондричні, астено-депресивні стани, синдром хронічної втоми, порушення сну, тощо);

- вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання, їх наслідки та ускладнення (окрім швидкої допомоги), генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні ушкодження та їх наслідки (в т.ч. дитячий церебральний параліч);

- офтальмологічні захворювання: короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астенопія, кератоконус, косоокість, дегенерації сітківки, глаукома, комп'ютерний синдром (синдром сухого ока, спазм акомодатії, міопія тощо). Корегування гостроти зору (в т.ч. хірургічно, лазерно);

- дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (в т.ч. пневмосклероз, остеопороз, кардіо- та, атеросклероз, артроз та ін);

- доброякісні новоутворення (у том числі бородавки, папіломи, невуси, конділоми, ліпоми фіброми, аденоми, хондроми, гемангіоми, поліпи тощо) за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст) та випадків коли наявність неускладненого новоутворення заважає нормальному фізіологічному функціонуванню органів і систем;

- злоякісні новоутворення (в т.ч. онкогематологія та інші онкологічні захворювання) будь якої локалізації;

- туберкульоз;

- цукровий діабет;

- променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

- гематологічні захворювання, пов'язані з порушенням функції кровотворних органів;

- захворювання печінки: вірусні гепатити (крім лікування гепатиту А), цироз, гепатоз, стеатогепатит, хронічна печінкова недостатність, тощо;

- хронічна ниркова недостатність;

- ВІЛ-інфекції/СНІД, а також пов'язані з ними хвороби, в тому числі хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням;

- захворювання та стани в гінекології/урології:

* захворювання, які передається переважно статевим шляхом, а саме: венеричні захворювання (в т.ч. гонорея, сифіліс, венерична лімфогранульома, м'який шанкр, донованоз, тощо) та/або захворювань, які передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазмента та

мікоплазменна інфекція, уrogenітальний герпес (інфікування при статевому контакті HSV-2), цитомегаловірусна інфекція, гарднерельоз, трихомоніаз, папіломовірус, контагіозний моллюск, гострокінцеві кондиломи, липтотрікс, кандидоз та ін.);

* безпліддя (чоловіче та жіноче), порушення менструального циклу, синдромом виснажених яєчників, мастопатія, аденома простати, визначення гормонального стану (окрім хронічного гонадотропіну), імпотенція, еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;

* полікістоз яєчників, ендометріоз, ерозія та дисплазія шийки матки, окрім станів, ускладнених кровотечею;

- хронічні TORCH-інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вітряної віспи, герпес-вірус, вірус Епштейн-Барра, вірусний гепатит тощо), за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз);

- захворювання, за якими встановлено групу інвалідності (I,II,III) або дітям-інвалідам, та їх ускладнень;

- саркоїдоз, ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт;

- паразитарні хвороби (в т.ч. глистяна інвазія, лямбліоз тощо);

- хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність - тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вузлів тощо);

- захворювання крові (в т.ч. анемія) за винятком випадків, коли вона викликана крововтратою з внутрішніх органів;

- системні захворювання сполучної тканини та їх ускладнення (в т.ч. червоний вовчак, системна склеродермія, дерматомиозит тощо);

- ревматизмом (в т.ч. гостра ревматична лихоманка, хронічні ревматичні хвороби серця);

- алергічні захворювання, крім невідкладних станів (до стабілізації стану хворого);

- імунодефіцитні стани;

- ендокринні захворювання (крім швидкої допомоги) якщо інше не передбачене Програмою страхування;

- дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної та периферичної нервової системи (в т.ч. розсіяний склероз, постінфекційні енцефаліти, лейкодистрофії тощо);

- аутоімунні хвороби, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку;

- вагітність, пологи та післяпологовий період (в т.ч. нетрадиційні пологи (у воді, на дому), окрім невідкладних станів);

- захворювання та стани, що потребують замісної гормональної терапії (у т.ч. клімакс, синдром виснажених яєчників, тощо);

- порушення обміну речовин (гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечокислий діатез, сечосольовий діатез, подагра, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші);

- особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та № 521 від 25.02.2020;

- лепра;

- дистопія та дисплазія будь-якої локалізації, аденоїдні вегетації, гіпертрофія носових мушель;

- вікові зміни (клімакс, атрофічний кольпіт, сенільний дерматит тощо);

- гіпертонічні хвороби, вегетативні (нейроциркуляторні) дистонії (ВСД, НЦД) та дисциркуляторні енцефалопатії, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;

- захворювання, які набрали характер епідемій чи пандемій (в т.ч. при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів);

- функціональні розлади (дискінезія жовчовивідних шляхів, синдром подразненого кишківника, дисбактеріоз кишківника, синдром прорізування зубів та ін);

- алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

Страховик не визнає страховим випадком, не організовує та не здійснює оплату наступних лікарських засобів, товарів/виробів медичного призначення, медичних та хірургічних приладів (якщо інше не передбачено Програмою страхування):

- лікарські засоби/витратні матеріали, не призначені лікарем та/або не зареєстровані як лікарські засоби та придбані поза аптечною мережею України;

- лікарські засоби, медикаменти (терміном лікування понад 30 календарних днів) на кожен страховий випадок;

- будь-яких медикаментів призначені з метою профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі;

- засоби, що застосовуються при деменції;

- засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування);

- препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (в т.ч. урсофальк, салофальк);

- лікарські засоби наступних груп:

* полівітаміни;

* пробіотики, пребіотики, еубіотики, бактеріофаги, антигени (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії) окрім випадків, коли вони призначені лікарем дорослим та дітям під час або після антибіотикотерапії;

* ферментні препарати, спрямовані на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні), крім випадків їх призначення за медичними показниками після антибіотикотерапії та при лікуванні гострого або загострення хронічного панкреатиту;

* лікарські засоби, що є агоністами допамінових рецепторів;

* протигрибкові препарати;

* гепатопротектори;

* гомеопатичні препарати в т.ч. антигомотоксичні засоби;

* гормональні препарати (окрім невідкладних станів в межах швидкої допомоги та невідкладної стаціонарної допомоги);

* препарати - аналоги гонадотропін-релізінг-гормонів (в т.ч. дифірилін, золадекс та ін.);

* хондропротектори (в т.ч. з діючою речовиною хондроїтин сульфат чи глюкозамін сульфат або їх аналогами) та препарати, які мають хондропротекторні властивості та біофосфонати (в т.ч. в комплексному лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань);

* вітамінні препарати та препарати мікро- та макроелементів;

* лікарські засоби для імунізації;

* адаптогени;

* препарати, які коригують процеси імунітету;

* біологічно-активні та харчові добавки, БАДи;

* лікарські засоби стимулюючої та профілактичної дії (Бальзам Бітнера, Біовіталь, Тригерц, Допель герц та інші);

* косметичні та гігієнічні засоби в тому числі ті, що відносяться до лікувальних форм (зубні паста, гелі, шампуні, розчини для гігієни порожнин носа, рота тощо), засоби для дезінфекції;

* препарати ензимів загальної дії (вобензим, дистриптаз, флогензим, флобензим, ербісол тощо);

* препарати для запобігання вагітності, в т.ч. таких, які мають інші властивості (протизапальні тощо);

* вакцини (окрім антирабічної та вакцини проти правцю);

* психотропні препарати (антидепресанти, транквілізатори, нейролептики), снодійні, седативні та заспокійливі засоби та ліки;

* препарати, спрямовані на корекцію фігури та зниження ваги;

* гіполіпідемічні препарати (в т.ч. статинами);

* цитостатики, біфосфонати;

* кровозамінники та препарати крові;

* біостимулятори;

* діагностичні реактиви;

* тканинні препарати (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо- солкосерил, актовегін, церебролізін, церегін, цереброкурін та ін.);

* лікарські засоби, які необхідні для постійного вживання при хронічних захворюваннях, гіпотензивні препарати при гіпертонічній хворобі, препарати для постійного приймання при ішемічній хворобі (бета-блокатори, антиліпідні, холесеринопонижуючі), стероїдні препарати при хронічних захворюваннях сполучної тканини (ревматизм, ревматоїдний артрит), при вегето-судинній дистонії та ін. (крім періодів загострення, коли відшкодовуються всі витрати, необхідні для зняття гострого стану), замісна гормональна терапія, гіпотензивні, цукрознижувальні тощо;

- препарати-аналоги в складі однієї схеми лікування, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї

фармакотерапевтичної групи, окрім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий – загальну дію послідовного призначення;

- матеріали для алло- і ксенопластики, окрім випадків лікування опіків, отриманих в період Дії Договору страхування;

- стрептокінази, стрептодорнази та їх аналоги, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);

- пристрої різного характеру та призначення: коригуючі оптичні пристрої (в т.ч. окуляри, оправы для окулярів, лінзи, тренажери), слухові апарати, трансплантати/імплантати, кардіостимулятори, стенти, внутрішньоматкові спіралі (в т.ч. гормональні типу Мірена), електроди, ріжучі петлі, штучні водії ритму, інгалятори, лампи, пристрої вимірювання (в т.ч. тонометри, термометри, глюкометри);

- набори разового використання та медичне устаткування (набори для анестезії, емболізації, деартерілізації, артроскопічні, лапароскопічні набори, витратні матеріали, фіксатори та обладнання для металоостеосинтезу тощо), небулайзери, будь-яке медичне обладнання, інструментарій та витратні матеріали до них;

- медичні вироби, призначені для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях (в т.ч. милиці, бандажі, інвалідні візочки, операційне покриття, пелюшки, памперси, медичні халати, маски, бахіли, медичні шапочки, комірці Шанца, корсети, протези (в т.ч. ендопротезів), ортези, фіксатори зубних протезів, штучні зв'язки, болти, проленова сітка, експлонтанти для герніопластики (сітка для пластики гриж живота), тощо) їх ремонт або прокат.

Дія даного пункту не розповсюджується на наступні витратні матеріали: гіпсові пов'язки (в тому числі типу скотч-каст та подібні), засоби для проведення ін'єкцій, перев'язувальний та шовний матеріал.

Страховик не відшкодовує витрати на (якщо інше не передбачено Програмою страхування):

- благодійну допомогу, добровільну пожертву, внески до благодійних фондів, моральні збитки та упущена вигода;

- перебування у стаціонарі понад 21 добу, без додаткового узгодження із Страховиком;

- маніпуляції для довготривалого лікування (терміном понад 30 календарних днів) на кожен страховий випадок;

- послуги, одержані Застрахованою особою в неліцензованих медичних закладах;

- отримання медичних послуг, наданих в неузгоджених з Представником Страховика медичних закладах без попередньої згоди Страховика та/або Представника Страховика або на умовах, що не передбачені Договором;

- погіршення стану здоров'я Застрахованого пов'язане з невиконанням, або порушенням рекомендацій лікуючого лікаря призначеного Представником Страховика, та медичного персоналу, який виконує його вказівки, стосовно

лікування Застрахованого, а саме: будь-яких консультацій, досліджень, лікувально-профілактичних заходів, в тому числі медикаментозних;

- лікування захворювань, у тому числі травм, набутих внаслідок недотримання офіційно встановлених правил техніки безпеки, протипожежної безпеки тощо, а також правил внутрішнього розпорядку, встановлених на виробництві;
- транспортні витрати при організації невідкладної медичної допомоги та виклику лікаря додому/ в офіс, починаючи з 31-го км від адміністративного центру міста, з якого виїжджає швидка медична допомога/лікар, до населеного пункту де перебуває Застрахована особа на момент настання страхового випадку та послуг таксі;
- послуги (в т.ч. медикаменти), які виникли після закінчення строку дії Договору або після дострокового припинення дії договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи;
- лікування та послуги, які не були задекларовані до оплати Страховику протягом 60 діб з моменту, коли вони були отримані у зв'язку із страховим випадком;
- спричинені діями (дією чи бездіяльністю, в тому числі свідомим затягуванням в часі звертання до Ассистансу за наданням медичної допомоги – більше 24 годин з моменту виявлення перших симптомів захворювання, отруєння чи травми) Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели при наявності у них хронічного захворювання до його загострення або до погіршення стану протікання вперше виявленого захворювання, внаслідок чого виникла загроза їх життю, що значно ускладнило процес лікування, призвело до збільшення строку лікування та викликало витрати на медично-санітарну допомогу;
- діагностику та лікування експериментального або дослідницького характеру;
- профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи (включаючи консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, призначені з метою профілактики захворювань), відвідування басейнів, тренажерних залів, санаторно-курортного лікування, в будинках відпочинку, лікувально-профілактичні послуги за абонементом, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- методи народної та нетрадиційної медицини, які використовуються з метою діагностики та лікування (акупунктурна, аурикуло-, термпунктурна, електропунктурна, пульсова, іридодіагностика, склеродіагностика та склеро терапія, біокорекція, рефлексотерапія, діагностика по Фоллю, біоенергетика, енергоінформатика, гірудотерапія, апітерапія, фітотерапія, психотерапія, голкореклексотерапії, гіпноз тощо) та/або оздоровлення (цугу - терапія, керування подихом, музико - терапія тощо), реабілітаційне лікування та оздоровчі заходи (бальнеотерапія, солярій, сауна, мануальна терапія, профілактичний масаж, тощо), будь-які косметичні процедури;

- операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);

- послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;
- дослідження за конкретним захворюванням, що дублюються, альтернативні консультації та дослідження без узгодження зі Страховиком або Представником Страховика;
- перебування у стаціонарі для отримання піклувального догляду (окрім догляду за хворою дитиною віком до шести років, за умови наявності такої можливості в медичних закладах) якщо це не погоджено зі Страховиком;
- послуги додаткового харчування;
- проведення обов'язкових диспансерних оглядів та обстежень, пов'язаних з ними;
- вартість обстеження та отримання медичних довідок для: отримання дозволу на керування транспортним засобом, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових/дитячих закладів, посвідчення водіїв, тести на профпридатність, діагностика та лікування, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності, а також лікування захворювання за яким встановлена будь-яка група інвалідності;
- самолікування;
- послуги не медичного характеру;
- діагностику чи лікування, які не є необхідними з медичної точки зору;
- виклик лікаря до дому без медичних показань;
- медсестринський догляд за хворим на дому;
- індивідуальний пост біля ліжка хворого;
- лікування та обстеження пов'язане з загостренням однієї і тієї ж хронічної хвороби більше 2 (двох) разів на рік;
- діагностику та лікування захворювань та станів, пов'язаних з умисним нанесенням Застрахованою особою/Страхувальником тілесних ушкоджень;
- операції по зміні статі;
- штучне переривання вагітності, незалежно від її строку, та в разі виникнення спонтанного аборт, (за винятком вимушеного переривання вагітності внаслідок нещасного випадку, позаматкової вагітності або за медичними показниками);
- лікування, процедури і препарати, котрі сприяють або попереджують вагітність (в т.ч. контрацепція, стерилізація, штучне запліднення, штучне переривання вагітності, визначення гормонального стану);
- педіатричну допомогу в перші три роки після народження дитини (в т.ч. патронаж, щеплення, тощо);
- видалення, промивання сірчаних пробок;
- діагностику, лікування та медикаменти пов'язані з поданням свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору або про факт настання страхового випадку в тому числі підробка документації;
- діагностику та лікування захворювань і травм, отриманих внаслідок заняття спортом (в т.ч. професійним спортом на умовах контракту або небезпечним видом спорту, наприклад:

альпінізм, дельтапланетаризм, парашутний спорт, мото та автоспорт, гірськолижний спорт, контактні єдиноборства тощо);

- лікування професійних захворювань, відповідно до висновку Інституту професійних захворювань України;

- планову медичну допомогу (госпіталізацію, хірургічні операції);

- проведення кардіологічних операцій, операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо);

- операції, маніпуляції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;

- імплантацію (в т.ч. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції);

- планову діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (в т.ч. специфічна імунотерапія алергічних захворювань, скринінг на визначення алергенів, алергологічні панелі, гормональний стан, ліпідограма, консультація імунолога та ін.);

- застосування екстракорпоральних методів лікування (плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмofільтрація та т.ін.);

- заходи покращення психологічного, розумового чи емоційного стану Застрахованої особи, включаючи наслідки ВСД;

- лікування та діагностику порушень мови (в т.ч. консультацій логопеда);

- будь-яке стоматологічне лікування, в т.ч.:

- * ортодонтію (в т. ч. брекет-системи, трейнери, капи, тощо), в тому числі у випадках, пов'язаних з відновленням та/або корекцією після нещасного випадку, що стався в період дії Договору;

- * лікування тканин пародонту апаратом «Вектор»;

- * покриття профілактичними засобами емалі (фторування, ремінералізуюча терапія, зубні пасти);

- * нанесення напилювання, інкрустацію, застосування дорогоцінних металів, герметизацією фісур;

- * шинування зубного ряду;

- * заміну старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;

- * відбілювання зубів, інкрустація;

- * лікування зубів, слизової оболонки порожними рота, тканин пародонту із застосуванням озону;

- заходи щодо корекції фігури, осанки, ходи, зміни ваги (діагностика та лікування ожиріння) і модифікації людського тіла з метою покращення психологічного, розумового чи емоційного стану Застрахованої особи;

- гідроклонотерапію, лазеротерапію, гіпербаричну та нормобаричну оксигенацію, гіпокситерапію;

- діагностику та лікування захворювань та станів, пов'язані з самогубством чи спробою самогубства, за

винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено уповноваженими офіційними органами;

- травми чи інший розлад здоров'я внаслідок скоєння Застрахованою особою злочину; внаслідок участі у несанкціонованих мітингах;

- наслідки отриманих травм, перенесених хірургічних операцій та захворювань, які призвели до паралічів (парезів), порушення психіки (нейроінфекції, ГПМК, тощо), що сталися до набуття чинності Договором;

- косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в т.ч. септопластику (вирівнювання носової перетинки), за винятком випадків, пов'язаних з відновленням та/або корекцією після нещасного випадку, що стався в період дії Договору, якщо таке ним передбачено;

- лікування наслідків наркотичних чи алкогольних інтоксикацій;

- діагностику та лікування травм чи інших розладів здоров'я отриманих в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння (в т.ч. при управлінні будь-яким транспортним засобом в зазначених станах та/або без відповідних документів, а також при передачі нею управління особі, що знаходиться в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння та/або без відповідних документів);

- діагностику та лікування захворювань, травм та іншим пошкодженням організму, пов'язаним з ядерним вибухом, випромінюванням ядерної енергії, радіоактивним опроміненням, потраплянням радіоактивних ізотопів на шкіру, в шлунково-кишковий тракт, легені та інші органи та тканини, та/або їх наслідками;

- захворювання, травми пов'язані з військовими діями всякого роду (навіть якщо війну офіційно не було оголошено) або військовими заходами, військовим вторгненням, війною, заколотами, революцією, бунтом, путчем, державним переворотом, повстанням, громадським заворушенням, уведенням або дією військового чи надзвичайного стану, діями осіб або органів, які захопили владу шляхом військового перевороту або іншим протиправним шляхом, а також їх наслідками, якщо доведено, що Застрахована особа приймала в них участь;

- захворювання та травми, що настали внаслідок служби (у тому числі військової) в Збройних Силах України, інших утворених відповідно до законів України військових формуваннях та правоохоронних органах спеціального призначення, органах боротьби з тероризмом, розвідувальних органах, Національній гвардії України, Державній прикордонній службі, добровольчих підрозділах або інших самоорганізованих підрозділах, які мають ознаки військових формувань та/або формувань з охорони громадського порядку; участі в військових, мобілізаційних, антитерористичних, бойових операціях, заходах чи діях; під час надзвичайного, особливого чи військового стану оголошеного органами влади в країні, її певній частині та/або на території дії Договору страхування; під час громадських заворушень, масових безладів, масових зібрань (мітингів),

		<p>збройних конфліктів не міжнародного характеру, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, війни або будь-якої події, викликані збройним конфліктом (міжнародним та/або не міжнародним), локауту, терористичного акту або дії наслідків терористичної діяльності; внаслідок протиправних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому, факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому передбаченому законодавством порядку;</p> <ul style="list-style-type: none"> - захворювання та травми, пов'язані з терористичними актами, будь-якими діями терористів та осіб, що діяли з політичних або релігійних мотивів, а також їх наслідками, застосуванням бактеріологічної зброї і зброї психотропної дії. <p>Для цілей Договору, "тероризм" означає (у відповідності зі ст. 258 Кримінального Кодексу України):</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Будь-яка дія, що включає застосування насильства, що несе загрозу життю людини або майну, що є порушенням законів будь-якої нації і має на меті тиск або ж залякування цивільного населення в цілому або зокрема Страхувальника шляхом нанесення будь-якого роду збитку; б) Будь-яка дія з боку будь-якої особи (осіб), що діє самостійно або від імені або у зв'язку з якою-небудь групою або організацією, що має на меті повалення, тиск або ж вплив на політику уряду де-юре або де-факто або органу державної влади або місцевого органу влади шляхом застосування сили або насильства; в) Використання будь-якої біологічної, хімічної зброї, ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, або ж вибухонебезпечних речовин або вогнепальної зброї або будь-яких руйнівних механізмів або будь-якого роду дії з метою піддати небезпеці безпосередньо чи опосередковано безпеку або майно одного або декількох осіб в цілому або зокрема Страхувальника; г) Будь-якого роду дія або діяльність, яку визначив як терористичний акт правозастосовуючий орган країни чи території, на якій мало місце такого роду дія чи діяльність.
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	<p>Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг", або в порядку, передбаченому законодавством про електронну комерцію, в тому числі за допомогою сервісів електронного документообігу.</p>
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	<p>Головний офіс (місцезнаходження відповідно до інформації, зазначеної на офіційному веб-сайті Страховика). Страхові посередники (з якими підписано відповідні агентські угоди, якими передбачено право укладати договори</p>

		страхування за цим страховим продуктом) згідно переліку за посиланням: https://www.grawe.ua , Вебсайт Страховика https://www.grawe.ua ,
23	Інша інформація про страховий продукт	<p>Даний інформаційний документ визначає страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів. Інша інформація про страховий продукт в залежності від клієнта та особливостей страхового продукту може бути передбачена Договором страхування.</p> <p>Клієнт має право придбати даний страховий продукт окремо відповідно до визначених Страховиком каналів реалізації продукту, або разом із іншим супутнім та/або додатковим товаром, роботою або послугою, як складова одного пакета або договору.</p> <p>Умови отримання знижки на страховий продукт, акційні пропозиції Страховика та термін їх дії можуть бути визначені у Договорі страхування у випадку та у період їх наявності / впровадження у Страховику.</p>
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	<p>Повна інформація про стандартний страховий продукт «Медичне страхування» розміщена на вебсайті Страховика в мережі Інтернет за посиланням: https://www.grawe.ua/rozkrittja-informacij/non-life/informacija-pro-strakhovii-produkt/</p>