

**Загальні умови страхового продукту
«Комплексне страхування Grawe Doctor»**

Дата початку дії цієї редакції з «02» вересня 2024 року

1. Визначення понять і термінів, що живаються в договорі страхування

Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає Асистуючі послуги Страхувальникам/Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

Асистуючі послуги – послуги, які відповідно до умов Договору страхування можуть надаватися безпосередньо Страховиком (структурним підрозділом), асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, що надають послуги в разі настання Страхового випадку, організацію та контроль надання таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає такі послуги, інших дій, у тому числі оплату вартості таких послуг відповідно до умов договору зі Страховиком.

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору та/або відповідно до законодавства.

Екстрена госпіталізація - госпіталізація, відстрочка якої на певний час (більше ніж на 1 добу), після прийняття рішення лікарем карети швидкої медичної допомоги або лікарем відповідного профілю про його необхідність, може загрозувати життю Застрахованої особи.

Екстрена стаціонарна допомога – медична допомога, що передбачає організацію медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару з приводу захворювань, що можуть призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи.

Екстрене хірургічне втручання - хірургічне втручання, відстрочка якого на певний час (більше ніж на 6 годин), після прийняття рішення лікарем хірургічного профілю про його необхідність, може загрозувати життю Застрахованої особи.

Заклад охорони здоров'я (далі медичний заклад) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором.

Захворювання (небезпечний розлад здоров'я Застрахованої особи) – такий стан здоров'я Застрахованої особи, при якому ненадання швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги протягом 24 годин може призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я.

Захворювання – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та / або морфологічними змінами.

Індивідуальна картка - персональна пластикова та/або електронна інформаційна картка, що видається Страховиком Застрахованій особі, або розміщується у мобільному додатку Страховика / Асистансу для оперативного інформування Застрахованої особи щодо: строку Страхового покриття, номеру Договору страхування; контактних даних для звернення за Асистуючою послугою тощо.

Медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

Непрофесійний спорт – заняття спортом на непрофесійному (аматорському) рівні (в т.ч. участь в аматорських змаганнях), спрямована на вдосконалення спортивних навичок або досягнення найвищих спортивних здобутків шляхом систематичних / регулярних тренувань у спортивних секціях, а також участі у спортивних змаганнях, без грошової винагороди, частіше 2-х разів на тиждень.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором, а саме:

- травми, у тому числі отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою;
- гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками, недоброякісними харчовими продуктами, за винятком сальмонельозу, дизентерії, гепатиту (всіх видів і типів);
- опіки, обмороження;
- утоплення;
- асфіксія;
- ураження електричним струмом, блискавкою;
- укуси тварин або отруйних комах, змій, сказ внаслідок укусу тварин, правець, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом).

Між нещасним випадком та розладом здоров'я (тимчасовою або стійкою втратою загальної працездатності) або смертю Застрахованої особи повинен бути встановлений прямий причинно-наслідковий зв'язок.

Програма страхового продукту (Програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові Страхового покриття, що пропонуються та обрані Страхувальником у межах цього Страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту(-ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи.

Професійний спорт – професійна спортивна діяльність на умовах контракту, що передбачає отримання грошової винагороди за участь у тренувальному процесі та особисті досягнення (рекорди) в спортивних змаганнях.

Професія – рід трудової діяльності людини, яка володіє комплексом спеціальних знань, практичних навичок, одержаних шляхом спеціальної освіти, навчання чи досвіду, які дають можливість здійснювати роботу в певній сфері виробництва:

1П – виконання робіт за наймом на посадах: службовці, інженерно-технічні працівники, офісні працівники, працівники банків (крім осіб, які зайняті інкасуванням та перевезенням грошей), працівники освіти, домогосподарки, працівники торговельної мережі, працівники пошти (крім листонош), службовці бібліотек, касири, персонал готелів, кіоскери, робітники преси, гардеробники, працівники по виготовленню виробів без механічної, спеціальної і хімічної обробки, та інші категорії громадян, що безпосередньо не зайняті у процесі виробництва, і умови праці та відпочинку яких не пов'язані з підвищеним ризиком щодо одержання травм.

2П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники неважкого промислового виробництва (паперово-целюлозна, легка, харчова, поліграфічна промисловість, електроенергетика), сільське господарство (окрім механізаторів широкого профілю); співробітники підприємств громадського харчування; працівники охорони здоров'я (крім працівників швидкої допомоги); охорона офісів і складських приміщень; працівники побутового та комунального господарств, сфери побутового обслуговування населення; водії будь-якого виду наземного транспорту (в т.ч. кур'єри), працівники зв'язку, пошти (листоноші), працівники мистецтва (в тому числі учасники балетних груп, танцювальних колективів), комірники; інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

3П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники важкого промислового виробництва (машинобудівне, металургійне, нафтове, нафтохімічне, скляне газове та деревообробне виробництво); працівники залізничного транспорту; працівники, особовий склад аеродромного обслуговування; особи, зайняті на

випробуваннях автомашин; особи, обслуговуючі механізатори в сільському господарстві, працівники на виробництві будівельних матеріалів); інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

4П – виконання робіт за наймом на посадах: працівники інших професій підвищеного ризику (будівельники; монтажники будівельних конструкцій, кранівники, покрівельники, тощо); працівники бригад швидкої допомоги; працівники органів внутрішніх справ; працівники морського транспорту і цивільної авіації, працівники хімічної промисловості; професійні рибачи (на морях і океанах); геологи; співробітники служб безпеки: охоронці, інкасатори, водії інкасаторських машин; рятувальники на воді, пожежники; працівники, зайняті відкритою розробкою корисних копалин; бурильники нафтових і газових свердловин; особи, які обслуговують водолазні роботи на морях, океанах, річках і озерах; особи, зайняті на виробництві і зберіганні вибухових речовин; всі особи, що працюють з вибухонебезпечними, отруйними речовинами в лабораторних та інших умовах; особовий склад аварійної газової служби, водопровідних і каналізаційних мереж; водії далекобійники; авто- та мотогогонщики, артисти цирку, які виконують трюки на канатах, трапеціях, акробати, гімнасти, дресировальники диких звірів, каскадери; інші професії з аналогічними фізичними навантаженнями, не враховані в даному переліку.

Ретроактивна дата – встановлена Договором дата, яка передує даті початку Періоду страхування. Вимоги, пред'явлені протягом Періоду страхування за Подіями, що настали в період починаючи з Ретроактивної дати до дати початку Періоду страхування, можуть бути визнані Страховим випадком. Разом із тим, під час виплати Страхового відшкодування застосовуються умови Страхового покриття (Ліміт, Франшиза тощо), чинні на момент подачі Вимоги, пов'язаної з Подією.

Розлад здоров'я Застрахованої особи – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем її організму.

Страхова виплата - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

Страхова премія - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з договором страхування.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства зобов'язаний провести страхову виплату в разі настання страхового випадку.

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

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>).

Швидка та невідкладна (екстрена) медична допомога – медична допомога, що надається Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я.

Зміст інших понять і термінів, які не визначені цим Договором, визначається законодавством України, включаючи нормативно-правові акти Національного Банку України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

2. Умови страхового покриття за договором страхування:

2.1. Страхові ризики, страхові випадки на випадок настання яких здійснюється страхування

Страховими ризиками є:

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

Страховими випадками за страховим продуктом є події, що відбулись протягом дії Договору, в межах території дії Договору в результаті нещасного випадку, а саме:

- смерть Застрахованої особи;
- стійкий розлад функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю, та встановленням Застрахованій особі інвалідності I, II, III групи або дитина з інвалідністю до досягнення 18-ти років;
- тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності;
- травматичне ушкодження Застрахованої особи.

За класом страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Страховий ризик за даним класом характеризується обов'язком страховика за визначену Договором страхування страхову премію здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику). За даним ризиком у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Страховим випадком за програмою КМУ – **нешасний випадок**;

Страховим випадком за КМУЕ – **захворювання**, що вимагає надання швидкої невідкладної медичної допомоги, екстреної стаціонарної допомоги, екстреної хірургічної допомоги.

Страховим випадком за Програмою КМУ є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до асистуючої компанії / медичного закладу передбаченого Договором страхування, при настанні нещасного випадку, що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги щодо надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги та/або амбулаторної допомоги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування. За програмою КМУ Страховик організовує та здійснює оплату медичних послуг, потреба в яких виникла виключно у зв'язку з нещасним випадком, який стався в період дії Договору. Медичні послуги, не пов'язані з нещасним випадком, не оплачуються та не організовуються.

Страховим випадком за Програмою КМУЕ є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до асистуючої компанії / медичного закладу передбаченого Договором страхування, при настанні нещасного випадку та/або захворювання (небезпечного розладу здоров'я), що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.

2.2. Предмет та об'єкт договору страхування.

Предметом страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором. Об'єктом страхування, з яким пов'язані страхові ризики за Договором, є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування. При укладенні Договору Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути Страхувальником згідно законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу/Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу/Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

2.3. Строк дії договору страхування

Якщо інше не передбачено Договором страхування, Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин першого дня місяця, наступного за місяцем сплати страхової премії при умові надходження повної суми страхової премії на поточний рахунок Страховика до 15го числа місяця, в якому здійснено платіж, та діє протягом 365 днів до 24 години 00 хвилин останнього дня строку, визначеного Договором.

Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин 15 числа місяця, наступного за місяцем сплати страхової премії при умові надходження повної суми страхової премії на поточний рахунок Страховика з 15го до 30го числа місяця, в якому здійснено платіж, та діє протягом 365 днів до 24 години 00 хвилин останнього дня строку, визначеного Договором.

Якщо Страхувальник не сплатив суму страхової премії на поточний рахунок Страховика, Договір вважається таким, що не набув чинності.

Якщо Страхувальник сплатив неповну суму страхової премії на поточний рахунок Страховика, Договір вважається таким, що не набув чинності, і ця сума підлягає поверненню Страхувальнику.

Продовження строку дії Договору можливе за взаємною згодою Страховика та Страхувальника шляхом укладення нового договору страхування на новий строк, якщо інше не передбачено додатковою угодою.

2.4. Територія дії Договору та страхового захисту

Територія дії Договору визначається у Договорі страхування.

Дія Договору поширюється на територію України, 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>).

Період страхування визначається періодом страхового захисту в межах загального строку дії Договору за винятком часових обмежень щодо обмеження дії страхового захисту у випадках, визначених цим Договором (у випадку несплати чергової частини страхової премії тощо).

3. Права та обов'язки сторін

Страховик зобов'язаний:

- ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Загальними умовами;
- протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- при настанні страхового випадку і наявності всіх необхідних документів здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
- з урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб;
- при прийнятті рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомити Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у передбачений Договором строк;
- видати Страхувальнику дублікат Договору у разі втрати його примірника;
- при настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором.

Страхувальник зобов'язаний:

- дотримуватись умов та зобов'язань, передбачених Договором;

- своєчасно та в обумовленому у Договорі розмірі вносити страхову премію;
- перед укладенням Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі протягом строку дії Договору письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- проінформувати Застрахованих осіб про умови Договору, їх права та обов'язки, та їхні дії при настанні страхового випадку, а також отримати їх згоду на страхування;
- вживати необхідні та доцільні заходи, в тому числі рекомендовані Страховиком, щодо запобігання та зменшення ступеня ризику, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- протягом 3 (трьох) робочих днів з дня настання відповідної обставини письмово повідомити Страховика про зміну прізвищ, адрес та інших реквізитів Страхувальника та Застрахованих осіб, зазначених у Договорі;
- повідомити про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику щодо кожної конкретної Застрахованої особи не пізніше 3 (трьох) робочих днів від моменту, коли йому стало про це відомо. До інформації, яка має істотне значення відносяться відомості про встановлення групи інвалідності, встановлення недієздатності, виявлення онкологічного захворювання, відомості про професію Застрахованої особи, місце роботи, заняття спортом, наявну групу інвалідності, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи; при страхуванні колективу (групи осіб) - про захворюваність працівників, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань або травматизму, про наявність недієздатних або обмежено дієздатних осіб, що підлягають страхуванню, а також наявність страхового інтересу у Страхувальника щодо Об'єкту страхування, та інформація про чинні договори страхування, укладені щодо здоров'я Застрахованої особи тощо;
- вживати заходів для запобігання настанню Страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- дотримуватись інших обов'язків, передбачених умовами Договору, Загальними умовами та законодавством.

Застрахована особа зобов'язана:

- у разі настання страхового випадку повідомити асистанс Страховика про настання Страхового випадку у порядку та строк передбачений Договором. В тому числі повідомити Страховика про намір самостійно оплатити послуги або товари перед отриманням таких послуг та/або перед придбанням товарів для подальшого відшкодування перед отриманням таких послуг або придбанням товарів;
- своєчасно та у повному обсязі пройти призначене лікування, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога з метою недопущення подальшого погіршення стану здоров'я;
- турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;
- у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;
- виконувати інструкції Страховика, а також надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання страхового випадку;
- надати Страховикові всі документи, що стосуються страхового випадку та його наслідків відповідно до умов Договору;
- надавати лікарю-експерту Страховика (асистуючої компанії) можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;
- у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 24-х годин з моменту такого звернення, інформувати про це асистуючу компанію за телефонами, які указані в Індивідуальній картці або Договорі. Якщо Страхувальник/Застрахована Особа не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об'єктивних поважних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), то після припинення цих обставин зобов'язаний повідомити асистуючу компанію протягом 24-х годин;

- якщо після отримання страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Вигодонабувача/Застраховану особу права на її отримання, то Вигодонабувач/Застрахована особа зобов'язаний повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин;
- за вимогою Страховика та/або представників державних органів, задіяних при страховому випадку, звернутися до медичного закладу з метою отримання освідчення про стан алкогольного, токсичного чи наркотичного сп'яніння, впливу ліків, а на території інших держав – у відповідні офіційні органи цих держав, здійснити усі інші необхідні процедури, передбачені законодавством.

Страховик має право:

- при укладанні Договору запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеня страхового ризику;
- перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також виконання ним умов Договору;
- ініціювати дострокове припинення дії Договору;
- ініціювати внесення змін до Договору;
- у випадку виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в Договір, включаючи умову сплати додаткового додаткової страхової премії;
- перевіряти достовірність документів, наданих Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем/Спадкоємцем для отримання страхової виплати;
- з'ясувати причини, обставини та наслідки нещасного випадку та, у разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із нещасним випадком, до правоохоронних органів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини нещасного випадку та отримувати додаткові документи, необхідні для складання страхового акту. При цьому строк складання страхового акту та строк здійснення страхової виплати подовжується на період надсилання запитів і отримання відповідей та додаткових документів;
- відстрочити страхову виплату до з'ясування обставин настання страхового випадку або отримання всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати на строк встановлений у Договорі;
- відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених чинним законодавством та/або Договором.

Страхувальник має право:

- ознайомитись з умовами Договору та Загальними умовами;
- визначити Застраховану особу (або перелік Застрахованих осіб), які підлягають страхуванню за Договором та призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати;
- звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату Договору у період дії Договору у випадку втрати оригіналу Договору;
- оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України
- ініціювати дострокове припинення дії Договору;
- ініціювати внесення змін до умов Договору;
- відмовитися від Договору без пояснення причин протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору, крім випадків зазначених в Договорі та розділі 6 цих Загальних Умовах. Про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій, в тому числі електронній формі.

Застрахована особа/Вигодонабувач має право:

- одержати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах, передбачених Договором;
- одержати будь-які роз'яснення щодо умов страхування;
- оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України;

- у разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу належної якості, в обсязі та в межах лімітів страхування, передбачених Договором.

4. Відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору страхування

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі/Вигодонабувачу пені у розмірі **0,01%** від суми простроченої страхової виплати за кожен календарний день прострочення страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору. В будь-якому випадку сума пені не може перевищувати **5%** від загального розміру заборгованості.

У випадку порушення Страхувальником будь-яких грошових зобов'язань за Договором, Страхувальник сплачує Страховику пеню у розмірі **0,01%** від суми заборгованості за кожен календарний день прострочення виконання грошових зобов'язань. Страховик та Страхувальник погодили, що в разі виникнення за Договором судового спору про відмову у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком, та/або щодо розміру страхової виплати, та/або строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачених законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, **3%** річних та інші).

Страховик не несе відповідальності за якість, характер та обсяг медичних послуг, що надається Застрахованій особі.

Сторони звільняються від відповідальності за повне або часткове невиконання своїх зобов'язань за Договором, якщо це невиконання стало наслідком обставин непереборної сили, які виникли після підписання Договору і яких Сторона не змогла уникнути. Обставинами непереборної сили є: війна, бойові дії (незалежно від факту проголошення війни), збройні вторгнення іноземних військ, ворожі акції іноземних держав, повстання, революція, путч, переворот, заколот, військове правління або узурпація влади, громадянська війна, стихійні лиха, інші обставини, які, як правило, розглядаються у світовій контрактній практиці як обставини непереборної сили, які Сторона при достатній обачності не могла передбачити чи попередити розумними заходами.

При настанні вище вказаних Договору обставин, Сторона для якої створились вищевказані умови, повинна не пізніше ніж в семиденний строк повідомити про них іншу Сторону. Повідомлення повинно мати дані про характер обставин, а також оцінку їх впливу на можливість виконання зобов'язань, а також строк їх можливого виконання. Настання форс-мажорних обставин підтверджується довідкою Торгово-промислової палати України.

У разі необґрунтованого виклику (без медичних показань) Застрахованою особою лікаря додому, швидкої або екстреної медичної допомоги та/або використання санітарних транспортних засобів не за медичним призначенням, Застрахована особа відшкодовує Страховику вартість такої медичних послуг/допомоги. При цьому, Страховик залишає за собою право припинити виконання своїх зобов'язань по відношенню до такої Застрахованої особи.

Виклик лікаря, швидкої або екстреної допомоги здійснюється за місцем фактичного знаходження Застрахованої особи на момент виклику (додому, в офіс тощо) й використання санітарного транспорту вважається необґрунтованим, якщо:

- виклик здійснений Застрахованою особою для надання медичних послуг не Застрахованій особі;
- при виклику, здійсненому Застрахованою особою або особою, що діє в її інтересах, навмисно надана невірна/неправдива інформація щодо необхідності медичних послуг або місця перебування Застрахованої особи;
- виклик здійснений не в цілях отримання медичних послуг;
- виклик здійснений до Застрахованої особи, з приводу алкогольного сп'яніння або абстинентного синдрому;
- виклик здійснений до Застрахованої особи, що не вимагає надання екстрених медичних послуг/допомоги (з метою одержання планових медичних маніпуляцій та ін.);
- Застрахована особа відсутня по зазначеній при виклику бригади екстреної медичної допомоги й лікарів адресі або відмовляється від огляду.

У випадку несплати Застрахованою особою або Страхувальником вартості медичних послуг у випадках необґрунтованого виклику (без медичних показань), протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту виставлення Страховиком відповідного рахунку, дія Договору по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється. При цьому, Страхувальник та/або Застрахована особа не має права на повернення частки страхового платежу за строк, що залишився до закінчення дії Договору по відношенню до вказаної Застрахованої особи.

У зв'язку тим, що Страховик безпосередньо не надає медичні послуги Застрахованим особам, а лише організовує, він звільняється від відповідальності за якість медичних послуг, наданих Застрахованим особам в закладі охорони здоров'я, не несе відповідальність за лікарські помилки та не відшкодовує будь-які непрямі збитки, зокрема, штрафи компетентних органів, відшкодування моральної шкоди, упущеної вигоди, шкоду, завдану навколишньому природному середовищу тощо.

5. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору страхування, їх правові наслідки

Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

- закінчення строку дії Договору;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (у разі сплати страхової премії частинами)/страхової премії у встановлений Договором строк. При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії;
- ліквідації Страхувальника - юридичної особи або Смерті страхувальника - фізичної особи, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;
- в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика у порядку, визначеному Договором.

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 страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі **50%** від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

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 Договору в розмірі **50%** від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Протягом строку дії Договору Страховик та Страхувальник мають право вносити в Договір зміни та доповнення за взаємною згодою. Всі зміни і доповнення до Договору повинні бути оформлені в письмовій, в тому числі електронній, формі Додатковою угодою/Додатковими угодами, що є невід'ємною частиною/невід'ємними частинами Договору.

Порядок включення Застрахованої особи до Списку протягом дії Договору (у разі страхування колективу):

- при умові прийняття Страхувальником на роботу нових працівників під час дії Договору та необхідності включення їх до Списку, Страхувальник за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати початку страхування таких осіб повідомляє Страховика письмовою заявою, в якій вказує дату початку страхування та

усі необхідні Страховику дані щодо Застрахованих осіб. При цьому, між Страхувальником та Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих з дати надходження письмової заяви, здійснюються взаєморозрахунки та укладається відповідна додаткова угода до Договору.

- при додатковому страхуванні особи (осіб), що додається до Списку, страхова премія та ліміти за окремими опціями (у разі наявності) перераховуються пропорційно кількості днів, що залишилися до завершення дії Договору.

Порядок виключення Застрахованої особи зі Списку протягом дії Договору (у разі страхування колективу):

- при умові звільнення працівника(ів) та необхідності виключення їх зі Списку, Страхувальник зобов'язаний письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до бажаної дати внесення змін до Списку. При цьому, між Страхувальником та Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надходження письмової заяви, здійснюються взаєморозрахунки та укладається відповідна додаткова угода до Договору.

- у разі дострокового виключення Застрахованої особи/ кількох Застрахованих осіб зі Списку за вимогою Страхувальника, Договір припиняє свою дію Договору по відношенню до такої Застрахованої особи/ кількох Застрахованих осіб, при цьому, Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачену страхову премію за таку Застраховану особу/чи кількох Застрахованих осіб за період, що залишився з дати дострокового припинення дії Договору щодо такої Застрахованої особи/ кількох Застрахованих осіб до дати закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі **50%** від страхового тарифу за Договором та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

- у випадку дострокового виключення Застрахованої особи/ кількох Застрахованих осіб зі Списку та при подальшому включенні іншої Застрахованої особи/кількох Застрахованих осіб, то залишок страхового страхової премії, який що підлягає поверненню Страхувальнику підлягає зарахуванню в цей Договір, як оплата (часткова оплата) страхового страхової премії за Застрахованих осіб, що додаються до Списку, при цьому, витрати, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, нормативні витрати на ведення справи при розрахунку суми страхової премії не вираховуються.

У разі зміни ступеня ризику (а саме, зміна професії, виду спорту, тощо) Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика письмовою заявою протягом 3 (трьох) робочих днів як тільки йому стане відомо про такі зміни. При підвищенні ступеня ризику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати надходження письмової заяви Страховик приймає рішення про внесення змін до умов Договору, про що укладається відповідна додаткова угода до Договору між Страхувальником та Страховиком та сплачується додаткова страхова премія. Якщо Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додаткову страхову премію з дати підписання додаткової угоди до Договору, дана додаткова угода достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору. Якщо ступінь ризику підвищився, а Страхувальник/Застрахована особа не сповістив про це Страховика у строк, визначений Договором, а такі зміни, в свою чергу, призвели до настання страхового випадку або збільшення розміру збитку, то Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати або пропорційно зменшити її розмір.

6. Порядок відмови від договору страхування

Страхувальник 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 Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня надання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника 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.

Якщо протягом періоду від початку дії Договору до отримання Страховиком письмового повідомлення Страхувальника про відмову від Договору сталася подія, що має ознаки страхового випадку, і про цю подію було повідомлено Страховику, то Страхувальник 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 робочих днів повертає Страхувальнику 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).

7. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

У разі настання нещасного випадку під час дії Договору Застрахована особа зобов'язана:

- за об'єктивної можливості негайно, однак не пізніше 24 годин з моменту настання нещасного випадку, звернутися за допомогою до погодженого Страховиком медичного закладу та виконати всі діагностичні та лікувальні процедури, що призначені лікарем, а також інших компетентних органів (відповідно до характеру події: компетентні підрозділи МВС, служба швидкої медичної допомоги, органи пожежної охорони, служба газу тощо) та заявити про настання нещасного випадку, викликати на місце події їхніх представників, отримати від них документи, що підтверджують факт та обставини настання події. У разі неприбуття зазначених представників на місце події звернутись до територіального відділення органу, яке сповіщалося про подію, для отримання довідки, що підтверджує факт і час звернення;
- протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити про це Страховика за телефоном ___ або електронною поштою office@grawe.ua про настання події, що має ознаки страхового випадку та виконувати вказівки Страховика (крім випадків необхідності отримання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до умов Договору);, електронною поштою) із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номера Договору, причин та обставин нещасного випадку, наслідків нещасного випадку (якщо вони відомі). Якщо з поважних причин Застрахована особа не могла повідомити Страховика про настання страхового випадку у встановлений строк, вона повинна підтвердити це документально. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, таких заходів повинні вжити Страхувальник та/або Вигодонабувач та/або близькі родичі Застрахованої особи;
- протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання події, яка має ознаки страхового випадку, надати Страховику (представнику Страховика) письмову заяву-повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, за формою, встановленою Страховиком. Якщо існували істотні причини, через які заяву-повідомлення не була подана своєчасно, вона подається як тільки це буде можливо з обґрунтуванням та документальним підтвердженням причин затримки. Істотними вважатимуться такі причини: перебування Страхувальника/Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо;
- надати Страховику документи, що підтверджують настання, причини та обставини страхового випадку;
- застрахована особа повинна письмово повідомити Страховика заздалегідь (не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів) про свій намір подати медичні документи на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) з метою встановлення групи інвалідності, надати Страховику копії всіх відповідних медичних документів, сприяти участі Страховика у засіданні МСЕК з боку Страхувальника/Застрахованої особи;
- на запит Страховика Застрахована особа повинна надати письмову згоду Страховику на доступ до інформації особистого характеру, що може бути необхідна для роз'яснення обставин нещасного випадку, у державних, юридичних, медичних та інших установах, а також посольствах (консульствах) іноземних держав;
- на вимогу Страховика Застрахована особа повинна негайно письмово повідомити Страховику всю інформацію та надати відповідні медичні документи про стан свого здоров'я (в т.ч. у минулому), своєчасно та в повному обсязі пройти всі визначені Страховиком медичні обстеження, в т.ч. в медичних установах, уповноважених Страховиком.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

При настанні протягом строку дії Договору такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно умов Договору, Застрахована особа або її представник повинні звернутися до асистуючої компанії на електронну адресу – care@ensuria.com, за телефоном 0800330390, або

через чат-боти <https://ensuria.me/telegram> та viber <viber://pa?chatURI=ensuriabot> та надати наступну інформацію:

- номер Індивідуальної картки;
- своє прізвище, ім'я та по батькові;
- причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям).

На підставі отриманої інформації черговий лікар-координатор асистуючої компанії приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка отримує їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

В екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з асистуючою компанією на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми в Додатку №1 та №2 з подальшим інформуванням Страховика або асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин.

8. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

Договором передбачено наступний порядок визначення розміру страхових виплат:

- у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався протягом дії Договору, Вигодонабувачу або особі, що призначена для отримання страхової виплати відповідно до умов Договору, виплачується 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;
- у разі встановлення I групи інвалідності, страхова виплата становить 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;
- у разі встановлення II групи інвалідності, страхова виплата становить 75 (сімдесят п'ять) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;
- в разі, якщо Застрахована особа не досягла 18-ти річного віку, страховим випадком вважається встановлення категорії «дитина з інвалідністю» внаслідок нещасного випадку. При встановленні інвалідності особі віком до 18 років, розмір страхової виплати становить – 75 (сімдесят п'ять) % страхової суми на відповідну Застраховану особу;
- у разі встановлення III групи інвалідності, страхова виплата становить 50 (п'ятдесят) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу;
- у разі травматичного ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору, страхова виплата становить певний відсоток від страхової суми, який вказаний у Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, що є Додатком до Загальних умов. Якщо в результаті однієї травми з'являться ушкодження, перераховані в одній статті Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш складні ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підведення підсумків.

Загальна сума страхової виплати по одному чи декільком страховим випадкам, які виникли в період дії Договору, не може перевищувати страхової суми на відповідну Застраховану особу. Після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на розмір страхової виплати.

У разі настання стійкої втрати Застрахованою особою працездатності (встановленні I, II, III груп інвалідності) або її смерті внаслідок нещасного випадку за умов попереднього отримання страхової виплати за травматичне ушкодження, Застрахованій особі (Вигодонабувачу) виплачується різниця між лімітом страхової виплати, передбаченої у випадку смерті чи стійкої втрати працездатності, та сумою всіх попередніх виплат, що були здійснені Застрахованій особі за цим страховим випадком.

Якщо Застрахованій особі була вже здійснена страхова виплата згідно за страховим випадком «Травма», а потім за наслідками цього ж нещасного випадку настала стійка втрата працездатності Застрахованої особи, та за умови, що розмір вже здійсненої страхової виплати перевищує розмір належної страхової виплати (% від страхової суми) за страховим випадком «стійка втрата Застрахованою особою працездатності», то Страховик нічого не доплачує за таким страховим випадком.

При визнанні того факту, що Застрахована особа зникла безвісти, страхова виплата не сплачується.

Страховик приймає рішення про здійснення (або відмову у здійсненні) страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, необхідних для прийняття такого рішення, та повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням прийнятого рішення. Рішення Страховика оформляються страховим актом.

Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у випадках:

- якщо у нього є сумніви у правомірності вимог Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача/Спадкоємця на отримання страхової виплати до отримання необхідних доказів підтвердження цих вимог, однак не більше ніж до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату;
- якщо згідно з законодавством України відкрито кримінальне впровадження проти Страхувальника/Застрахованої особи або його уповноважених осіб, та ведеться розслідування обставин, які призвели до настання страхового випадку, до закінчення розслідування та прийняття відповідного рішення по цій справі.

У випадках, коли надані документи суперечать один одному або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір збитку, особу, винну в настанні страхової події, строк прийняття рішення може бути подовжений до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату.

Якщо після здійснення страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника та/або Застраховану особу/Вигодонабувача права на її отримання, або призвели до підвищення суми страхової виплати, то Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язані повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин або отримання вимоги від Страховика.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання нещасного випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;
- вчинення Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до нещасного випадку;
- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання нещасного випадку;
- несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про факт настання нещасного випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Підставами для часткової чи повної відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати є випадки, коли Страхувальник/Застрахована особа:

- не виконав або неналежно виконав обов'язки, передбачені умовами Договору;
- повідомив невірні дані, що впливають на визначення ступеня ризику на момент укладання Договору;
- не надав лікарю Страховика можливості обстежити потерпілого (Застраховану особу), не виконував лікарських приписів;
- не надав документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, та/або подав документи, оформлені з порушенням чинних вимог (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень), та/або подав документи, які містять недостовірну інформацію щодо дати, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку у визначений Договором строк.

Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

Підтвердження факту настання нещасного випадку та визнання його страховим випадком здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:

- письмової заяви Застрахованої особи про настання нещасного випадку з описом обставин та характеру його настання;
- оригінального примірника Договору;

- документа встановленої форми (довідка, постанова тощо), компетентних державних органів, що засвідчують факт, причини і обставини настання нещасного випадку за вимогою Страховика;
- довідки з медичного закладу на фірмовому бланку або з відповідним штампом із вказаними прізвищем пацієнта, клінічним діагнозом захворювання/видом травми/зазначенням події, що призвела до нещасного випадку, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, листка непрацездатності тощо;
- висновок про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку (надається за вимогою державних органів та/або Страховика);
- акта за формою, встановленою відповідно до законодавства, про настання нещасного випадку з детальним описом причин, які зумовили його настання, підписаний представником/керівником підприємства, на якому працює Застрахована особа, іншою відповідальною особою, в разі настання нещасного випадку під час виконання службових обов'язків;
- документів, виданих медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) про встановлення Застрахованій особі групи первинної інвалідності – у випадку стійкого розладу функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю внаслідок нещасного випадку. У разі необхідності, Страховик підтверджує висновок МСЕК результатами обстеження у Головному бюро судмедекспертизи МОЗ України та клініці, уповноваженій Страховиком (у дипломованого лікаря експерта);
- свідоцтва про смерть та довідки про причини смерті – в разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- інших документів, що ідентифікують Застраховану особу та/або особу, яка звернулась за страховою виплатою (паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного коду);
- документи, що підтверджують правонаступництво, опікунство, піклування або право на спадщину, у випадку смерті, втрати дієздатності Страхувальника-фізичної особи;
- інших документів на вимогу Страховика, що мають істотне значення для визнання випадку страховим.

Вищевказані документи повинні бути надані Страховику у вигляді оригінальних примірників не пізніше 90 (дев'яноста) календарних днів з моменту настання нещасного випадку або з моменту першої можливості одержання документів, строк видачі яких визначений законодавством або обставинами іншого характеру. Страховик вправі залишити собі нотаріально засвідчені копії або прості копії, за умови надання оригінальних примірників документів Страховику для їх копіювання.

Перелік вищевказаних документів не є вичерпним та в разі об'єктивної необхідності уточнення обставин нещасного випадку Страховик має право письмово вимагати додаткові документи, що стосуються такого випадку.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

За Договором Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичних послуг, які були надані Застрахованій особі відповідно до положень даного Договору на базі медичного закладу, визначеного Договором.

Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати рахунків відповідного медичного закладу за надання Застрахованій особі медичних послуг, передбачених Програмою страхування (Додаток 1 та/або Додаток 2 до Договору), наданих на підставі відповідного повідомлення або підтвердження чергового лікаря – координатора асистуючої компанії.

В екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з асистуючою компанією на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами цього Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми з подальшим інформуванням Страховика або асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин, страхова виплата може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому Договором у розмірах, що не перевищують вартість аналогічних медичних послуг базового медичного закладу, в межах страхової суми.

Страховик має право не оплачувати медичному закладу та не відшкодовувати Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі без належного підтвердження асистуючої компанії або до такого підтвердження, за виключенням випадків надання Застрахованій особі медичних послуг в порядку та на підставах, в екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з асистуючою компанією на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами цього Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми в Додатку №1 та №2 з подальшим інформуванням Страховика або асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин.

За умови неможливості зв'язатися з асистуючою компанією на момент настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, яка потребує надання медичних послуг згідно з умовами цього Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми в Додатку №1 та №2 з подальшим інформуванням Страховика або асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин або у випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг страхова виплата може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому цим Договором у розмірах, що не перевищують вартість аналогічних медичних послуг базового медичного закладу, в межах страхової суми. Для отримання такої страхової виплати Застрахована особа надає Страховику наступні документи в екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи:

- письмову заяву на страхову виплату за формою Страховика;
- медичну документацію: консультативний висновок та/або виписку з історії хвороби (із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися за рахунок Застрахованої особи), підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;
- квитанції або фіскальні чеки та калькуляції (детальні кошториси робіт), що підтверджують видатки на лікувально- діагностичні медичні послуги;
- фіскальні та товарні чеки з аптечних закладів за придбані медикаменти (належним чином завірені);
- документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (паспорт та ін.);
- довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;
- інші документи за вимогою Страховика.

Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається Сторонами у Договорі страхування.

Вищезазначені документи мають бути надані Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виписки з медичного закладу, якщо інше не буде окремо погоджено Сторонами.

Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі вищезазначених документів у розмірі 100% витрат, якщо вартість наданих послуг не перевищує рівень цін базових медичних закладів на момент настання страхового випадку по відповідній Програмі, що зазначені в Додаток 1 та/або Додаток 3 до Договору.

У випадку, якщо вартість наданих послуг перевищує рівень цін базових медичних закладів, зазначених в Додатку 1 або Додатку 2 до Договору, Страховик компенсує тільки ту частку витрат, що не перевищує рівень цін базових медичних закладів. Для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні послуги базових медичних закладів і лікувальної установи, у яку звернулася Застрахована особа. Рішення щодо порівняння рівня цін приймає Страховик.

У випадку наявності в калькуляції медичної установи, в яку самостійно звернулася Застрахована особа, позицій, що відсутні в прейскуранті цін базових медичних закладів згідно Додатку 1 та/або Додатку 2 до Договору, за такими послугами Страховик оплачує 50 (п'ятдесят) % витрат.

Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума

страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

9. Підстави відмови у страховій виплаті

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання нещасного випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;
- вчинення Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, кримінального правопорушення, що призвів до нещасного випадку;
- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання нещасного випадку;
- несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про факт настання нещасного випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- одержання Страхувальником або Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, Страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.
- інші випадки, передбачені законодавством / Договором.

Підставами для відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати є випадки, коли Страхувальник/Застрахована особа:

- не виконав або неналежно виконав обов'язки, передбачені умовами Договору;
- повідомив невірні дані, що впливають на визначення ступеня ризику на момент укладання Договору;
- не надав лікарю Страховика можливості обстежити потерпілого (Застраховану особу), не виконував лікарських приписів;
- не надав документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, та/або подав документи, оформлені з порушенням чинних вимог (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень), та/або подав документи, які містять недостовірну інформацію щодо дати, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку у визначений Договором строк.

Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- застрахована особа вчинила навмисні дії, спрямовані на настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй медичних послуг, крім випадків, пов'язаних з виконанням громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється згідно чинного законодавства України.
- застрахована особа отримала травму внаслідок будь-якого випадку зазначеного в Розділі 11 як Виключення із страхових випадків і обмеження страхування;
- застрахована особа перебувала у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння та/або в результаті пов'язаних з таким станом будь-яких їх наслідків;
- страхувальник повідомив неправдиві відомості при укладанні Договору;
- страхувальник та/або Застрахована особа порушили умови Договору;

- страховику не було надано всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі).
- Страхувальник/Застрахована особа отримав повне відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла. Якщо збиток відшкодований частково, Страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми, отриманої від зазначеної особи як відшкодування збитків.
- інші випадки, передбачені законодавством / Договором.

10. Порядок укладення договору страхування

Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від клієнта інформації зобов'язаний з'ясувати потреби та вимоги клієнта у страхуванні в усній формі чи шляхом листування у довільній формі до укладення Договору.

Перед укладенням Договору страхування Страховик (страховий посередник) зобов'язаний забезпечити клієнта доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо Страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття клієнтом усвідомленого рішення про укладення Договору страхування.

Страхувальник перед укладенням Договору зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставити, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

При укладенні Договору Страховик проводить оцінку ступеня страхового ризику та визначає індивідуальні умови страхування за результатами оцінки ступеня ризику, у випадку необхідності, вимагає від особи, яка підлягає страхуванню, додаткові документи.

Після досягнення згоди усіх істотних умов Договору, Сторони укладають Договір.

Підставою для укладання Договору є заява Страхувальника (усна або письмова).

За фактом укладання Договору за програмою «Standart» або «Elit» Застрахованій особі надається індивідуальна картка, що містить контактні дані для звернення в асистуючу компанію.

Страхувальник, який уклав Договір на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з Договором.

Укладенням та підписанням Договору Страхувальник/Застрахована особа звільняє лікарів медичних закладів від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком стосовно страхового випадку.

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.

Страховик або страховий посередник надає або надсилає Страхувальнику підписаний обома Сторонами примірник Договору разом з додатками до нього (за наявності) у формі, що унеможливує зміну його змісту поштою чи на засіб електронного та/або мобільного зв'язку Страхувальника.

11. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

Страхові випадки не вважаються страховими, якщо вони сталися внаслідок:

- умисних дій з боку Застрахованої особи, його Спадкоємців чи інших пов'язаних з ними осіб, призначених для отримання страхової виплати, що призвели до настання нещасного випадку;
- участі Застрахованої особи у будь-якій протизаконній діяльності;
- навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

- самогубства або замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законодавством порядку;
- дій Застрахованої особи, здійснених у стані погіршення сприйняття дійсності внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- дій, вчинених внаслідок прямого чи опосередкованого впливу психічного захворювання Застрахованої особи;
- отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних, медичних або токсичних речовин;
- керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без наявності прав водія та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або особі, яка не має прав водія;
- участі Застрахованої особи у парі, тобто угоді заснованій на ризику, укладеній між двома або декількома особами (як фізичними та/або юридичними) про виграш, результат якого залежить від обставини, щодо якої невідомо, настане вона чи ні;
- під час занять Застрахованою особою професійним спортом або занять екстремальними видами спорту та розваг (альпінізмом, дельтапланеризмом, кінним спортом, бобслеєм, перегонами на швидкість, дайвінгом, розвагами, пов'язаними з вільним падінням, стрільбою, рафтингом, слаломом, вінд-серфінгом, вітрильницьким спортом, підводними видами спорту чи розваг, тощо);
- впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання, в тому числі того, що виділяється радіоактивними речовинами альфа, бета чи гама випромінюванням, випромінювання нейтронів та такого, що надходить від прискорювачів заряджених часток оптичних (лазери), мікрохвильових чи аналогічних квантових генераторів;
- дії Застрахованої особи, направлені на невинуватий ризик для життя Застрахованої особи (за винятком тих випадків, коли це було пов'язано з виконанням службових обов'язків, рятуванням свого життя чи життя іншої людини);
- перебування Застрахованої особи у тюремному ув'язненні чи слідчому ізоляторі, в тому числі затримання правоохоронними органами;
- прямого чи опосередкованого зв'язку з гострими чи хронічними патологічними станами чи захворюваннями, у тому числі професійними хворобами;
- самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою, або іншими особами за її дорученням (без медичного призначення лікаря);
- встановлення Застрахованій особі під час дії Договору підвищеної групи інвалідності в порівнянні з групою інвалідності, яка була встановлена йому до дати підписання Договору, крім випадку, коли таке підвищення є наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії Договору;
- захворювання на сальмонельоз, дизентерію, гепатит (всіх видів і типів);
- розладу здоров'я або смерті внаслідок неправильних медичних маніпуляцій.

До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не виплачується, якщо збитки Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача пов'язані з:

- заподіянням моральної шкоди та/або упущеної вигоди (втратою доходу, простоем, штрафом, пенею або таким іншим), будь-яких побічних збитків або витрат;
- збитками, що не обумовлені подією, на випадок якої особа була застрахована, та збитками, що виникли внаслідок захворювань чи нещасних випадків, які вже мали місце на момент укладення Договору та/або події, що сталася за межами території дії Договору;
- обставинами, про які Страхувальник/Застрахована особа знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання нещасного випадку.

Страховик не здійснює страхову виплату особам, які на момент укладання Договору:

- мають повний вік понад 60 років;

- визнані недієздатними чи обмежені у дієздатності внаслідок психічного розладу, зловживання спиртними напоями, наркотичними чи іншими токсичними речовинами, що викликають залежність та спричиняють патологічні зміни у організмі людини;
- знаходилися на обліку у наркологічному та/або психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;
- страждали важкими нервовими захворюваннями та/або органічними ураженнями опорно-рухового апарату та свідомо повністю чи частково приховали це від Страховика та/або надали йому недостовірні відомості, які мали суттєве значення при укладанні Договору.
- мають чи встановлюється у даний час I група інвалідності, а також категорія «дитина з інвалідністю»;
- визнані безвісти зниклими.

До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання нещасного випадку, який безпосередньо або побічно спричинений, пов'язаний, виникає або збільшується ризик його настання, в тому числі і внаслідок будь-яких піратських та/або військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв, мін, бомб, інших боєприпасів, їх частин (осколків), чи вогнепальної зброї), оголошеною чи неоголошеною війною, воєнними діями чи маневрами, вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, антитерористичних операцій, тероризму, або будь-яких інших дій за політичними мотивами (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях), .

Дія Договору не розповсюджується на осіб, які займаються професійним спортом або здійснюють професійну діяльність, що відноситься до груп ризику ЗП та/або 4П.

Дія Договору не розповсюджується на події, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії Договору.

Страховик не відшкодовує збитки:

- пов'язані із струсом головного мозку якщо Страхувальник не перебував на стаціонарному лікуванні з отримання медичної допомоги.
- пов'язані із будь-яким розтягненням та частковим розривом зв'язок.

За класом страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Страховик не організовує та не здійснює оплату медичних послуг, потреба в яких виникла у зв'язку з:

- будь-якими захворюваннями Застрахованої особи, в т.ч. хронічними, не пов'язаними з нещасним випадком або захворюванням (небезпечним розладом здоров'я) в період дії Договору;
- наслідками травм та хірургічних операцій, що сталися до набуття чинності Договором;
- вродженими вадами та аномаліями розвитку, спадковими хворобами;
- дегенеративно-дистрофічними захворюваннями (катаракта, глаукома, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз хребта, плоскостопість тощо);
- психічними захворюваннями та невротичними розладами (неврози, астенії, астено-депресивні стани, епілепсія тощо).
- вагітністю, крім невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю застрахованої особи;
- ВІЛ-інфекцією/Снідом, а також пов'язаними з ними хворобами;
- доброякісними та злоякісними новоутвореннями;
- трансплантацією органів та тканин, окрім аутотрансплантації;
- косметологічними та пластичними операціями (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластиком, корекція ваги, іншими маніпуляціями, пов'язаними з усуненням косметичних дефектів;
- корегуванням гостроти зору (в т.ч. хірургічною, лазерною корекцією), окрім надання невідкладної допомоги;
- хворобами периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартерит тощо);
- лікування зубів і ротової порожнини;
- плановою медичною допомогою;

- стаціонарним діагностичним обстеженням, крім нещасних випадків та захворювання (небезпечного розладу здоров'я), в т.ч. на МСЕК., проходження медичних комісій. Проходженням медичних оглядів;
- профілактичним, підтримуючим або санаторно-курортним лікуванням;
- форс-мажорними обставинами (ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, війни, військових дій будь-якого роду, надзвичайного стану, оголошеного органами влади тощо);
- лікуванням ендокринних захворювань, в тому числі цукрового діабету та його ускладнення;
- діагностикою та лікуванням професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи;
- діагностикою та лікуванням травм та інших розладів здоров'я, отриманих в результаті професійного заняття спортом. В межах Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях;
- захворювання за якими встановлена група інвалідності;
- діагностикою та лікуванням цирозу печінки, гепатиту В або С;
- захворюваннями органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).
- тяжкими травмами органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).
- діагностику та лікування таких захворювань як: інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.
- особливо небезпечними інфекціями згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та № 521 від 25.02.2020.
- захворювання, які набрали характер епідемій чи пандемій (в т.ч. при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів).
- лікарські засоби/витратні матеріали, не призначені лікарем не зареєстровані як лікарські засоби та придбані поза аптечною мережею України.
- лікарські засоби, медикаменти (терміном лікування понад 30 календарних днів) на кожен страховий випадок.

Страховик не оплачує медичному закладу та не відшкодовує Застрахованій особі:

- витрати на благодійні внески;
- витрати на консультації спеціалістів зі статусом докторів/кандидатів медичних наук та/або професорів, окрім випадків залучення їх до консиліуму;
- витрати на придбання харчових добавок, стимуляторів загальної дії (бальзам бітнера, біовіталь тощо), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), хондро-, гепатопротекторів/препарати замісної терапії, статини, коректорів імунітету та рівня ліпідів в крові, дезінфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни, інші товари медичного призначення, медичні інструменти, експлонтанти для герніопластики (сітка для пластики гриж живота), предмети догляду.
- витрати на діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби, гормональний стан, ліпідограма тощо);
- витрати на медичні послуги чи медикаменти, придбані без призначення лікаря або отриманні без направлення лікаря;
- витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору, за винятком тих обставин, коли екстрене стаціонарне лікування за страховим випадком було розпочато у період дії Договору (у цьому випадку Страховик відшкодовує вартість лікування у стаціонарі протягом строку, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб);
- вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металостеосинтезу тощо);
- витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;
- витрати на профілактичний масаж, лікування методами народної та нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, мануальна терапія, гомеопатія, іридіодіагностика тощо), екстракорпоральні методи лікування;

- витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою страхування;
- медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) медичних закладах або на умовах, що не передбачені Договором;
- моральну шкоду та упущену вигоду;
- витрати на подальше обстеження після встановлення не страхового діагнозу;
- витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування;
- витрати на перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду;
- операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування), протезування клапанів серця і суглобі;
- діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом), відповідно до класифікації ВОЗ, таких як, гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, герпес вірусу 2 типу, папіломо вірусу, кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів;
- послуги, препарати, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями бази медичної установи та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), як розумні та необхідні заходи;
- лікування будь-яких хронічних хвороб, крім загострення, що загрожують життю Застрахованої Особи;

До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання події, яка безпосередньо або побічно спричинена, пов'язана, виникає або збільшується в тому числі і внаслідок:

- будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, тероризму, або будь-яких інших дій (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях) за політичними мотивами.

Для цілей Договору, "тероризм" означає:

а) суспільно небезпечну діяльність, яка полягає у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому невинних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей;

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;

с) використання будь-якої біологічної, хімічної ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, або ж вибухонебезпечних речовин 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;

д) 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.

За Договором не можуть бути застрахованими особи:

- недієздатні фізичні особи за станом здоров'я.
- ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД.
- Які мають злякисні новоутворення.
- Інваліди I та II групи.
- Хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, гепатити В або С.

- Хворі на нервові та психічні розлади (шизофренію, аутизм тощо).
- Хворі на інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.
- Хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями).
- Хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем.
- Які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).
- Хворі на тяжкі захворювання органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).
- Особи віком понад 60 років та молодше 10 років.

12. Порядок вирішення спорів

Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спору – у судовому порядку. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у строк не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, що не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти днів від дня їх отримання. Якщо в місячний строк вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний строк для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку за телефоном: **(044) 247 68 03 (цілодобово)**, чи письмовим на електронну пошту: **office@grawe.ua**; або засобами поштового зв'язку на адресу: **вулиця Велика Васильківська, 65, Київ, 03150, Україна**. У зверненні зазначається прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування споживача, викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення підписується заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні зазначається електронна поштова адреса, на яку заявнику надсилається відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку зі споживачем. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України «Про забезпечення функціонування української мови як державної». Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане заявником/заявниками, письмове звернення, що не дає можливість встановити авторство заявника, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача (заявника) з одного й того ж питання, якщо це питання вирішено по суті, а також ті скарги, що надані з порушенням строків, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

Скарга на дії чи рішення Страховика надається у порядку підлеглості:

- Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601, телефон: **0 800 505 240** або **+380 44 298 65 55**;
- Державній службі України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, адреса: вул. Б. Грінченка, 1, Київ, 01001; телефон **+380 044 279 12 70**, електронна пошта: info@dpss.gov.ua, що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

13. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)»

У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник повідомляє Страховика про таку подію за наступними контактними даними:

Для отримання консультацій з питань страхування або якщо потрібна будь-яка додаткова інформація, будь ласка, звертайтеся до ПрАТ СК«ГРАВЕ УКРАЇНА»:

Тел. / факс: +380 44 247 68 03 (у робочі час пн-чт з 9:00 до 18:00, пт з 9:00 до 16:45).

Електронна адреса: office@grawe.ua, сайт: <https://www.grawe.ua>.

Для листування (поштових відправлень): 03150, м. Київ, вул. Велика Васильківська, 65, отримувач ПрАТ СК «ГРАВЕ УКРАЇНА».

За класом страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Тел. / факс: 0800330390 або через чат-боти <https://ensuria.me/telegram> та viber viber://pa?chatURI=ensuriabot

Електронна адреса: care@ensuria.com

14. Особливі умови

Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим. При сплаті страхової премії шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.

Договір укладається згідно з Загальними умовами, затвердженими Страховиком та розміщеними на веб-сайті Страховика за посиланням <https://www.graweukraine.ua>, Витягом із Державного реєстру фінансових установ, 23.04.2024 (дата внесення запису до Державного реєстру фінансових установ про переоформлення ліцензії) діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховування)).

У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуються законодавством України, Загальними умовами. У випадку розбіжностей між Загальними умовами та умовами Договору – перевагу мають умови Договору.

Страховик та Страхувальник погодили, що:

- заява Страхувальника про здійснення страхової виплати, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, що мають надаватися Сторонами на виконання умов Договору, можуть подаватися за допомогою засобів зв'язку Сторін, зазначених в Договорі;

- в такому разі документи надаються в електронній формі (у вигляді копій, відтворених шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб відтворених за допомогою мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки, інших технічних засобів, тощо);

- у разі надання документів в електронній формі Страхувальник гарантує, що копії документів (в тому числі цифрові) виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа; на вимогу Страховика Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику страхову виплату;

- надані за правилами цього пункту документи прирівнюються до письмової форми документів з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та Договором;

- підписанням Договору Сторони підтверджують достовірність інформації, зазначеної в Договорі, несуть відповідальність за правильність засобів зв'язку, вказаних ними при укладенні Договору;

- кожна зі Сторін самостійно несе ризик настання наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною інформації про засоби зв'язку, крім випадків своєчасного (не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну засобів зв'язку.

Страхувальник погоджує отримання пропозицій про внесення змін до укладеного Договору на електронну адресу, та/або на мобільний телефон, в тому числі на засіб зв'язку Страхувальника, який вказаний в Договорі.

Підписанням Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що: з умовами страхування ознайомлений та згоден; до укладання Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі в цьому пункті – Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією необхідною інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сайті Страховика <https://www.graweukraine.ua> є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; Договір не містить двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення

Договору не нав'язане йому іншою особою; Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

Страхувальник безстроково, без застережень надає повну згоду Страховику на обробку його персональних даних та іншим пов'язаним із Страховиком особам без додаткового повідомлення Страхувальника, без обмеження строку зберігання і обробки, в цілях здійснення прав та виконання обов'язків Страховика за Договором, забезпечення реалізації податкових відносин, відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку, здійснення зв'язку із Страхувальником, надання інформації про виконання умов Договору, для організації поштових розсилок, передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, інформування про послуги інших суб'єктів господарювання, а також в інших цілях, що не суперечать законодавству України, шляхом організації поштових розсилок, надсилання текстових повідомлень зручним способом розсилки (SMS-повідомлень, Viber, тощо), а також розсилок електронною поштою на зазначені адреси Страхувальника. Страхувальник підтверджує, що йому було повідомлено про його права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених законодавством України, цілі збору даних і осіб, яким передаються його персональні дані. Страхувальник своїм підписом підтверджує належність зазначених персональних даних в Договорі.

Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що:

- отримав у спосіб, визначений за домовленістю між Страхувальником та Страховиком, інформацію про найменування та місцезнаходження Страховика (у тому числі відокремленого підрозділу Страховика, який укладає Договір), його ідентифікаційний код у Єдиному державному реєстрі підприємств та організацій України, іншу інформацію, передбачену Законом України «Про страхування», що також розміщена та доступна для ознайомлення на веб-сайті Страховика;

- до укладення Договору Страховик/страховий посередник на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясував потреби та вимоги Страхувальника у страхуванні;

- перед укладенням Договору Страховик/страховий посередник забезпечив Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про Договір, про Страховика та страхового посередника (якщо Договір укладається з залученням страхового посередника). Зазначена інформація є доступною на веб-сайті Страховика <https://www.grawe.ua> та веб-сторінці страхового посередника, зазначеній в Договорі, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком;

- вся зазначена інформація та всі умови Договору та загальних умов страхового продукту йому зрозумілі;

- зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень;

- укладення Договору не нав'язане йому іншою особою;

- Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, насильства;

- Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

Відповідно до вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення». Страховик має право витребувати, а Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог зазначеного Закону. У випадках, передбачених ст.15 вищезазначеного Закону, Страховик зобов'язаний відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання ділових відносин, відмовитися від проведення фінансової операції (страхової виплати). Підписанням Договору Страхувальник підтверджує, що він:

- не включений до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або активи яких стали об'єктом замороження у порядку, визначеному розділом IV Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», а також не пов'язаний з вказаними особами або їх представниками;

- не є об'єктом застосування персональних, спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), відповідно до Закону України «Про санкції», включаючи санкції, що застосовані згідно з рішеннями Ради національної безпеки України, резолюціями Генеральної Асамблеї та Ради безпеки Організації Об'єднаних Націй, рішеннями ОФАС, рішеннями Ради Європейського Союзу, тощо.

Страховальник протягом місяця зобов'язаний надати Страховику оновлений пакет документів для ідентифікації та верифікації, у випадку:

- закінчення строку/припинення дії, втрати чинності або визнання недійсними наданих раніше документів;
- втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа Страховальника/представника Страховальника, а також у випадку вклеювання фото 25, 45 років в паспорт громадянина України (у формі книжечки), зміни місця реєстрації;
- набуття Страховальником статусу політично значущої особи/особи пов'язаної з політично значущими особами;
- суттєвих змін у своїй діяльності (в тому числі, у разі зміни кінцевого бенефіціарного власника, керівника, місцезнаходження юридичної особи, трасту, іншого подібного правового утворення, ФОП).

Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в складають **50%** від суми страхової премії.

Додаток №1 до Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування Grawe Doctor»

Таблиця розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку

Характер тілесного ушкодження (травми)	Розмір виплат (у % від страхової суми),
ЦЕНТРАЛЬНА та ПЕРИФЕРИЧНА НЕРВОВА СИСТЕМА	
1. Перелом кісток черепа:	
а) перелом зовнішньої пластинки кісток склепіння черепа	15
б) склепіння черепа	20
в) основи черепа	50
При відкритих переломах виплачується додатково 5% від страхової суми	
2. Внутрішньочерепний травматичний крововилив:	
а) субарахноїдальний	20
б) епідуральна гематома	30
в) субдуральна гематома	30
3. Розчавлення речовини головного мозку	60
4. Забій головного мозку	5
5. Струс головного мозку	10
6. Гостре отруєння нейротропними отрутами	20
7. Ушкодження спинного мозку на будь-якому рівні, а також куприка:	
а) струс	5
б) забій	10
в) частковий розрив	60
г) повний розрив	100
8. Периферичне ушкодження черепно-мозкових нервів	20
9. Ушкодження шийного, плечового, поперекового, крижового сплетень та їхніх нервів:	
Ушкодження сплетінь:	
а) травматичний плексит	15
б) частковий розрив сплетінь	40
в) повний розрив	70
Ушкодження нервів на рівні:	
г) променево-зап'ясткового, гомілковостопного суглоба	20
д) передпліччя, гомілки	30
е) плеча, ліктьового суглоба, стегна, колінного суглоба	40
Травматичний неврит	10
ОРГАНИ ЗОРУ	

10. Параліч акомодатії одного ока	15
11. Геміанопсія одного ока	15
12. Звуження поля зору одного ока:	
а) неконцентричне	5
б) концентричне	10
13. Пульсуєчий екзофтальм одного ока	10
14. Проникаюче поранення очного яблука, іридоцикліт, хоріоретиніт, рубцевий трихіаз, дефект райдужної оболонки	10
15. Порухення функцій сльозовивідних шляхів одного ока	5
16. Опіки II-III ступеня, непроникаюче поранення очного яблука, гемофтальм, зсув кришталика, немагнітні сторонні тіла очного яблука й орбіти, рубці оболонок очного яблука, що не викликали зниження зору, ерозія роговиці.	5
17. Ушкодження ока, що спричинило за собою повну втрату зору одного ока	50
18. Ушкодження ока (очей), що спричинило за собою повну втрату зору	100
19. Видалення в результаті травм очного яблука, що не володіло зором	10
20. Перелом орбіти	15
ОРГАНИ СЛУХУ	
21. Ушкодження вушної раковини, що спричинило за собою:	
а) рубцеву деформацію або відсутність вушної раковини на $\frac{1}{3}$	3
б) відсутність вушної раковини на $\frac{1}{2}$	5
в) повну відсутність вушної раковини	10
22. Ушкодження вуха (вузлів), що спричинило за собою:	
а) втрату слуху на одне вухо	15
б) повну глухоту (розмовна мова)	60
23. Розрив барабанної перетинки внаслідок травми, без зниження слуху	10
Розрив барабанної перетинки при переломах основи черепа не оплачується	
ДИХАЛЬНА СИСТЕМА	
24. Перелом кісток носа, передньої стінки лобної, гайморової пазух:	
а) без зсуву	5
б) із зсувом	10
25. Ушкодження легень, що спричинило за собою підшкірну емфізему, гемоторакс, пневмоторакс, ексудативний плеврит, стороннє тіло в грудній порожнині:	
а) з однієї сторони	20
б) із двох сторін	40
26. Ушкодження легень, що спричинило за собою:	
а) видалення частини легені	30
б) видалення однієї легені	50

27. Перелом грудини	10
28. Перелом ребер:	
а) одного ребра	3
б) кожного наступного ребра	2
29. Проникаюче поранення грудної клітини, торакотомія з приводу травми:	
а) при відсутності ушкодження органів грудної порожнини	20
б) при ушкодженні органів грудної порожнини	40
Якщо у зв'язку з ушкодженням грудної клітини було зроблене видалення легень або його частини, то виплати по п.29 не проводяться	
30. Ушкодження гортані, трахеї, перелом під'язичної кістки	15
31. Ушкодження гортані, трахеї, під'язичної кістки, щитовидного хряща, що причинили за собою носіння трахеостомічної трубки. Якщо виплата зроблена по п.31, то виплати по п.30 не проводяться	20
СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА	
32. Ушкодження серця, його оболонок і важливих магістральних судин, що спричинило за собою серцево-судинну недостатність	50
33. Ушкодження значних периферичних судин, що не спричинило за собою порушення кровообігу	15
34. Ушкодження значних периферичних судин, що спричинило за собою судинну недостатність	30
При застосування п. 32,34 виплати по п. 33 не проводяться	
ОРГАНИ ТРАВЛЕННЯ	
35. Перелом щелеп:	
а) верхньої щелепи, виличних кісток	10
б) нижньої щелепи	10
Якщо при переломі альвеолярного відростку є втрата зуба, то за його втрату страхова виплата не проводиться	
36. Звичний вивих нижньої щелепи, якщо він наступив у результаті травм у період страхування	5
37. Ушкодження щелепи, що спричинило за собою (враховуючи втрату зубів):	
а) втрату частини щелепи	40
б) повну втрату щелепи	60
38. Ушкодження язика, що спричинило за собою:	
а) утворення рубців (незалежно від розмірів)	5
б) відсутність язика на рівні дистальної третини	20
в) відсутність язика на рівні середньої третини	35
г) відсутність язика на рівні кореня (повна відсутність)	65
39. Втрата зубів:	
а) 1 зуба	2
б) 2-3 зубів	5
в) 4-6 зубів	7
г) 7-9 зубів	10
д) 10 і більш зубів	15

40. Ушкодження стравоходу, що викликало:	
а) звуження стравоходу	40
б) непрохідність стравоходу, але не раніше 6 місяців із дня травми. Раніше цього терміну страхове забезпечення виплачується попередньо по п. 40а	80
41. Ушкодження стравоходу, випадкове гостре отруєння, що спричинило за собою:	
а) холецистит, дуоденіт, гастрит, панкреатит, ентерит, коліт, проктит, парапроктит	10
б) злукову хворобу (стан після операції з приводу злукової непрохідності), рубцеве звуження (деформацію) шлунка, кишечника, задньопрохідного отвору	20
в) кишковий свищ, кишково-піхвовий свищ, свищ підшлунквої залози	40
г) протиприродний задній прохід (колостома)	50
При ускладненнях травм, передбачених у підпунктах «а» і «б», страхова виплата проводиться не раніше, ніж через 3 місяця після ушкодження. По підпунктах «в» і «г» - не раніше, ніж через 6 місяців із дня травми. Раніше цього терміну страхове забезпечення виплачується по п. 41а	
42. Ушкодження печінки внаслідок травми або випадкового гострого отруєння, що спричинило за собою:	
а) гепатит, що розвився у зв'язку з травмою або гострим отруєнням	20
б) розриви печінки у зв'язку з якими зроблено хірургічне втручання	30
в) видалення жовчного міхура	25
43. Видалення більш ½ частини печінки у зв'язку з травмою	30
44. Ушкодження селезінки, що спричинило за собою:	
а) підкапсульний розрив селезінки, що не потребує оперативного втручання	10
б) видалення селезінки	20
45. Ушкодження шлунку, підшлунквої залози, кішківника, очеревини, що спричинили за собою:	
а) утворення кістки підшлунквої залози	15
б) видалення до ½ шлунку, ½ кішківника	30
в) видалення ½ шлунку, ½ хвоста підшлунквої залози, ½ кішківника	50
г) видалення ⅔ шлунку, ⅔ кішківника, ⅔ підшлунквої залози	65
д) видалення шлунку, ⅔ підшлунквої залози, кішківника	80
е) видалення шлунку з кішківником і частиною підшлунквої залози	90
СЕЧОСТАТЄВА СИСТЕМА	
46. Ушкодження нирки, що спричинило за собою:	
а) забій нирки	15
б) видалення частини нирки	30
в) видалення нирки	50
47. Ушкодження органів сечовивідної системи, що спричинило за собою:	
а) гломерулонефрит, звуження сечоводу	20
б) ниркову недостатність	45
в) непрохідність сечоводу, сечоводу, сечостатеві свищі	50

Якщо в результаті травми наступить порушення функції декількох органів сечовивідної системи, відсоток страхової суми визначається по одному з підпунктів 47, що враховує найбільше важкі наслідки ушкодження

48. Ушкодження органів сечовидільної системи, у зв'язку з яким зроблене оперативне втручання:

а) при ушкодженні органів	20
Якщо було зроблене видалення нирки або її частини п. 48 не застосовується	

49. Ушкодження статевої системи, що спричинило за собою:

а) втрату одного яєчника, яєчника і труби, яєчника і двох труб	20
б) втрату двох яєчників	50
в) втрату матки з трубами	60
г) втрату або значну деформацію однієї молочної залози	20
д) втрату або значну деформацію обох молочних залоз	40
е) втрату частини статевого члена або яєчок	50
ж) втрату статевого члена	60
з) втрату статевого члена й одного або обох яєчок	70

50. Згвалтування особи у віці:

а) до 15 років	50
б) з 15 до 18 років	30
в) з 18 років і більше	15

М'ЯКІ ТКАНИНИ

51. Ушкодження м'яких тканин обличчя, передньобочкової поверхні вік, підщелепної області, що спричинило за собою:

а) значне порушення косметики	10
б) різке порушення косметики	30
в) спотворювання	50

52. Ушкодження м'яких тканин волосистої частини голови, кінцівок, що спричинили за собою утворення рубців, а також тканинних поверхонь після поранень і опіків III-IV ступеня, площею:

а) від 2 см ² до 5 см ²	2
б) від 5 см ² до 0,5% поверхні тіла	5
в) від 0,5% до 2% поверхні тіла	10
г) від 2% до 4% поверхні тіла	15
д) від 4% до 6% поверхні тіла	20
е) від 6% до 8% поверхні тіла	25
ж) від 8% до 10% поверхні тіла	30
з) 10% поверхні тіла і більше	35

При відкритих переломах кісток і операціях виплата за рубці не проводиться

53. Опікова хвороба, опіковий шок

15

54. Закрите ушкодження м'яких тканин, що спричинило за собою виникнення м'язової грижі, посттравматичний періостит, перихондрит, повний і частковий розрив зв'язок і сухожиль

10

ХРЕБЕТ	
55. Перелом тіл хребців:	
а) одного, двох хребців	15
б) трьох і більш хребців	25
56. Частковий або повний розрив міжхребцевих зв'язок, підвивих хребців	10
57. Перелом поперечних або оститих відростків:	
а) одного-двох	5
б) трьох і більше	10
Якщо одночасно є травма, передбачена п. 55, 57 стаття не застосовується	
58. Перелом крижі, куприка, вивих куприкових хребців	10
59. Видалення куприка у зв'язку з травмою	15
ВЕРХНЯ КІНЦІВКА. ЛОПАТКА І КЛЮЧИЦЯ	
60. Перелом лопатки, ключиці, повне або часткове розірвання акроміально-ключичного, грудино-ключичного зчленувань:	
а) перелом однієї кістки або розрив одного зчленування	10
б) перелом двох кісток, розриви двох зчленувань або перелом однієї кістки і розрив одного зчленування	15
в) перелом, що не зрісся, хибний суглоб, розрив двох зчленувань і перелом однієї кістки, перелом двох кісток і розрив одного зчленування	20
ПЛЕЧОВИЙ СУГЛОБ	
61. Ушкодження плечового суглоба (перелом суглобної западини лопатки, голівки плечової кістки, анатомічної шийки, великого бугорка, повне або часткове розірвання низок, суглобної сумки, вивих плеча, підвивих плеча, розтягнення зв'язок)	
а) перелом однієї кістки, вивих плеча, ушкодження зв'язок (повне або часткове розірвання), суглобної сумки	10
б) перелом двох кісток, переломовивих	15
в) перелом кісток і повне або часткове розірвання зв'язок, перелом, що не зрісся	20
62. Ушкодження плечового суглоба, що спричинило за собою:	
а) звичний вивих плеча	15
б) відсутність рухливості у суглоба (анкілоз) - не раніше 3-х місяців після травми	30
в) «рухливий» плечовий суглоб, у результаті резекції суглобових поверхонь складових його кісток	40
У випадку, якщо у зв'язку з ушкодженнями, перерахованими в п. 60,61,62 будуть проведені операції, додатково виплачується 10% від страхової суми. При цьому додаткова виплата за використання трансплантату не проводиться. Страхова виплата при звичайному вивиху плеча виплачується лише тоді, коли цей вивих наступив внаслідок первинного вивиху, що відбувся в період дії договору страхування. Діагноз звичайного вивиху плеча повинний бути підтверджений лікувальним висновком, у якому проводилось його вправлення. При рецидивах звичайного вивиху плеча страхова сума не виплачується. Якщо у зв'язку з травмою плечового суглоба проводилась виплата страхової суми по п. 61, а потім виникли ускладнення, перераховані в п. 62, страхова виплата здійснюється у відповідності до одного з підпунктів п. 62 з урахуванням раніше зробленої виплати шляхом вирахування.	
ПЛЕЧЕ	
63. Перелом плеча на будь-якому рівні (крім суглобів):	
а) без зсуву	10
б) із зсувом	15

64. Травматична ампутація верхньої кінцівки або важке ушкодження її, які призвели до ампутації:	
а) верхньої кінцівки з лопаткою, ключицею або їхньою частиною	70
б) плеча вище ліктьового суглоба	65
в) плеча нижче ліктьового суглоба	60
65. Перелом плечової кістки, що ускладнився утворенням хибного суглоба	35
Страхова виплата по п. 65 здійснюється не раніше ніж через 9 місяців після травми. Якщо раніше здійснювалась виплата в зв'язку з переломом плеча, її розмір відраховується при прийнятті остаточного рішення.	
ЛІКТЬОВИЙ СУГЛОБ	
66. Ушкодження ділянки ліктьового суглоба (перелом кісток, що складають суглоб, повне або часткове розірвання зв'язок, суглобної сумки, вивих передпліччя, розтягнення зв'язок:	
а) перелом однієї кістки без зсуву уламків, ушкодження зв'язок (повне або часткове розірвання)	10
б) перелом двох кісток без зсуву уламків	15
в) перелом кістки (кісток) із зсувом уламків	20
67. Ушкодження області ліктьового суглоба, що спричинило за собою:	
а) відсутність рухливості у суглобі	30
б) «рухливий» ліктьовий суглоб, (результат резекції суглобних поверхонь складових його кісток)	40
ПЕРЕДПЛІЧЧЯ	
68. Перелом кісток передпліччя:	
а) однієї кістки	10
б) двох кісток, перелом однієї кістки і вивих іншої	20
69. Травматична ампутація або важке ушкодження, що призвели до ампутації передпліччя на будь-якому рівні	60
ПРОМЕНЕВОЗАП'ЯСТКОВИЙ СУГЛОБ	
70. Перелом кісток передпліччя в області дистального метафізу, внутрішньо-суглобні переломи кісток, що складають променево-зап'ястковий суглоб, повний і часткове розірвання зв'язок:	
а) переломи кісток	7
б) часткове або повне розірвання зв'язок	5
71. Анкілоз променево-зап'ясткового суглобу внаслідок травми	15
КИСТЬ, ПАЛЬЦІ КИСТІ	
72. Перелом або вивих кісток зап'ястя:	
а) однієї кістки (за винятком «човноподібної»)	5
б) двох і більш кісток, човноподібної кістки	10
73. Травматична ампутація або важке ушкодження кисті, що призвело до ампутації на рівні п'ясткових кісток або зап'ястя	50
ПЕРШИЙ ПАЛЕЦЬ	
74. Перелом, вивих, поранення з дефектом м'яких тканин фаланги (фаланг), ушкодження повний або частковий розрив сухожиль (сухожилля) пальця, розрив капсули суглобів	5
75. Ушкодження пальця, що призвело до відсутності рухливості:	

а) в одному суглобі	5
б) в двох суглобах	10
76. Втрата великого пальця руки	20
ДРУГИЙ, ТРЕТІЙ, ЧЕТВЕРТИЙ, П'ЯТИЙ ПАЛЬЦІ	
77. Перелом, вивих, поранення з дефектом м'яких тканин фаланги (фаланг) пальця, ушкодження сухожилля (сухожиль)	3
78. Втрата вказівного пальця руки	10
79. Втрата другого пальця руки	5
80. Травматична ампутація або ушкодження що призвело до ампутації всіх пальців однієї кисті	50
НИЖНЯ КІНЦІВКА ТАЗОСТЕГНОВИЙ СУГЛОБ	
81. Перелом кісток тазу:	
а) перелом крила клубової кістки	10
б) перелом лобкової, сідничної кісток, тіла клубової кістки, вертлюжної западини	30
82. Розрив лобкового, крижово-клубового зчленування:	
а) одного зчленування	10
б) двох зчленувань	15
в) трьох зчленувань	20
83. Перелом головки, шийки стегна, вивих стегна, повний і частковий розрив зв'язок, розтягнення зв'язок:	
а) перелом голівки, шийки стегна, вивих стегна	20
б) ушкодження зв'язок (повний або частковий розрив)	10
84. Ушкодження тазостегнового суглобу, що призвело до:	
а) анкілозу суглобу	35
б) «рухливого» суглобу (внаслідок резекції головки стегна, вертлюжної западини)	40
СТЕГНО	
85. Перелом стегна на будь-якому рівні (за винятком ділянки суглоба)	
а) без зміщення уламків	20
б) з зміщенням уламків	25
86. Травматична ампутація або тяжке ушкодження, що призвело до ампутації кінцівки на рівні:	
а) вище середини стегна	70
б) до середини стегна	60
в) втрата єдиної кінцівки	100
87. Перелом стегна, ускладнений утворенням хибного суглоба (хибний перелом) не раніше 9 місяців після травми. Якщо раніше виплачувалася страхова сума у зв'язку з переломом стегна, то її розмір віднімається при прийнятті остаточного рішення.	50
КОЛІННИЙ СУГЛОБ	
88. Пошкодження колінного суглобу, що спричинило:	

а) гемартроз ушкодження меніску (менісків), повний або частковий розрив зв'язок, розтягнення зв'язок, відрив кісткових фрагментів	10
б) перелом надколінника	10
в) перелом кісток, які складають колінний суглоб (дистальний епіфіз стегна та проксимальний епіфіз великої гомілкової кістки), вивих гомілки.	25
При поєднанні різних пошкоджень колінного суглоба страхова сума виплачується одноразово у відповідності з одним з підпунктів 88, який передбачає найбільш важке ушкодження.	
89. Пошкодження колінного суглоба, яке спричинило:	
а) відсутність руху в суглобі	30
б) «рухливий» колінний суглоб після резекції суглобної поверхні його кісток	40
ГОМІЛКА	
90. Перелом кісток гомілки	
а) малогомілкової кістки	10
б) великогомілкової кістки	15
в) обох кісток	20
91. Травматична ампутація ноги до середини гомілки	50
ГОМІЛКОВОСТОПНИЙ СУГЛОБ	
92. Пошкодження зв'язок гомілковостопного суглоба (повний або частковий розрив зв'язок):	
а) перелом однієї з кісточок (щиколоток) або краю великогомілкової кістки	5
б) перелом обох щиколоток, перелом щиколоток з краєм великогомілкової кістки, розрив дистального міжгомілкового синдесмозу	10
в) перелом однієї або обох щиколоток з краєм великогомілкової кістки, розривом дистального міжгомілкового синдесмозу та підвивихом (вивихом) ступні.	15
93. Пошкодження гомілковостопного суглоба, яке спричинило:	
а) відсутність руху в суглобі (анкілоз)	20
б) «рухливий» гомілковостопний суглоб (в результаті резекції) суглобної поверхні, кісток, що його складають	30
94. Пошкодження ахіллесового сухожилля: частковий або повний розрив	10
СТУПНЯ, ПАЛЬЦІ СТУПНІ	
95. Перелом або вивих кістки (кісток ступні), ушкодження зв'язок (повний чи частковий розрив зв'язок):	
а) перелом однієї-двох кісток, ушкодження зв'язок, окрім п'яtkової кістки	10
б) перелом трьох і більше кісток, п'яtkової кістки	15
96. Переломи, вивихи фланг, ушкодження сухожил' пальця (пальців) стопи:	
а) перелом або вивих однієї або кількох фаланг, пошкодження (повний або частковий розрив) сухожил' одного або двох пальців	2
97. Травматична ампутація або тяжке ушкодження стопи, яке спричинило ампутацію пальців:	
а) великого пальця ноги	5
б) другого пальця ноги	3

98. Пошкодження, яке викликало розвиток пост травматичного тромбофлебиту, лімфостазу, остеомієліту, розлад трофіки	10
п. 98 застосовується при тромбофлебитах, лімфостазі і розладах трофіки, які сталися внаслідок травми верхніх та нижніх кінцівок (за винятком ушкодження великих периферичних судин і нервів) не раніше, ніж через 6 місяців після травми. Гнійне запалення пальців кисті та ступні не дають підстави для застосування п. 98	
99. Травматичний шок або шок після гострої кровотечі, пов'язаної з травмою (геморагічний шок)	20
100. Ураження електрострумом, електрошок	20
101. Якщо будь-яка травма, що сталася із застрахованим в період дії договору страхування, не передбачена даною "Таблицею", але потребувала стаціонарного і (або) амбулаторного безперервного лікування в цілому не менше 10 днів, то проводиться разова виплата у розмірі:	
а) при безперервному лікуванні від 10 до 15 днів включно	2
б) при безперервному лікуванні довше 15 днів	3
<u>Примітки:</u> 1. П. 101 не застосовується, якщо у зв'язку із страховим випадком буде призначена виплата по будь-якому пункту / пунктам даної Таблиці. 2. У тому випадку, якщо після здійснення виплати за п.101 виникнуть підстави для виплати за іншими пунктами Таблиці, розмір додаткової виплати зменшується на розмір раніше зробленої виплати за п.101. 3. П.101 не застосовується, якщо термін безперервного лікування не може бути встановлений за наданими документами.	

Додаток №2 до Загальних умов страхового продукту «Комплексне страхування Grawe Doctor»

Базові річні тарифи та страхові премії на 1 (одну) особу

Позначте знаком «V» обрану програму страхування*	Назва програми страхування	Опції за програмою страхування	Страховий тариф на 1 (одну) особу, грн	Страхова премія на 1 (одну) особу, грн
<input type="checkbox"/>	«Light»	Страхування від нещасних випадків (UIV)	1,00	500,00
<input type="checkbox"/>	«Standart»	Страхування від нещасних випадків (UIV)	1,00	1 100,00
		Медичне страхування у разі настання нещасного випадку (КМУ)	1,20	
<input type="checkbox"/>	«Elit»	Страхування від нещасних випадків (UIV)	1,00	2 300,00
		Медичне страхування у разі настання нещасного випадку, та/або захворювання (КМУЕ)	3,60	

При укладенні Договору страхування можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти залежно від кількості Застрахованих, умов страхування.