

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КОЛОННЕЙД УКРАЇНА»**



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

м. Київ, 2017 р.

ЗМІСТ

1.	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2.	ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.....	3
3.	ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	6
4.	ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	6
5.	СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	6
6.	ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
7.	СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТИЖ	8
8.	СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
9.	ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ФРАНШИЗА.	8
10.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	9
11.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
12.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	12
13.	ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
14.	ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.....	13
15.	СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	13
16.	УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	14
17.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	15
18.	ОСОБЛИВІ УМОВИ	15
	Додаток №1 до Правил «ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (безперервного страхування здоров'я)	16
	Додаток №2 до Правил «ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (безперервного страхування здоров'я)»	20

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «Колоннейд Україна» (далі по тексту - Страховик) відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих Правил укладає зі Страхувальниками договори добровільного медичного страхування громадян (безперервного страхування здоров'я) (далі по тексту - Договори страхування).

1.2. Дані Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Правила) розроблені відповідно до Закону України "Про страхування". При укладанні договору страхування окремі умови, передбачені цими Правилами, можуть бути частково змінені або доповнені за згодою Сторін.

1.3. Під медичним страхуванням розуміється вид страхування, що передбачає обов'язок Страховика здійснити страхові виплати шляхом оплати вартості отриманих Застрахованою особою в медичних закладах медичних послуг, що входять до програми медичного страхування.

1.4. Для реалізації програм медичного страхування Страховик укладає з медичними закладами або асистуючою компанією, договори про надання Застрахованим особам медичних, оздоровчих послуг та лікарської допомоги (далі по тексті - медичної допомоги).

1.5. Сторони, керуючись статтями 6, 627 Цивільного кодексу України, мають право викласти в конкретних договорах страхування умови страхування, які можуть відрізнятися від умов, визначених в цих Правилах.

2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

2.1. Асистуюча компанія (Асистанс)- компанія (юридична особа), яка згідно діючого законодавства має право надавати послуги з організації медичної допомоги і яка має із Страховиком договір про співпрацю щодо обслуговування застрахованих осіб за договорами добровільного медичного страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування або підрозділ Страховика, який забезпечує організацію та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування. Асистанс організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика.

2.2. Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначений у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

2.3. Застрахована особа - особа, про страхування якої укладено договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором страхування.

Застрахованими особами можуть бути працівники Страхувальника, члени їхніх сімей та інші визначені в договорі страхування громадяни.

Страховик має право передбачити обмеження щодо контингенту Застрахованих осіб (наприклад, осіб, що у своєму повсякденному житті потребують тривалої сторонньої допомоги, що мають вродженні вади розвитку, що перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах і ін.), відповідно до яких окремі категорії громадян можуть бути застраховані з відповідним таким категоріям обмеженнями в обсягу відповідальності Страховика або відмовити в укладанні договору страхування стосовно таких громадян. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.4. Медична допомога – консультаційна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інша медична допомога що надається медичним закладом.

В контексті Договорів страхування , що укладається за даними Правилами, може також включати в себе профілактичні та оздоровчі заходи, які надаються Застрахованим спеціалізованими профілактично-оздоровчими закладами та транспортні послуги, що супроводжують транспортування хворих до/з медичних закладів під час надання медичних послуг.

2.5. M

едичний заклад – медичним закладом є лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком укладені договори на надання Застрахованим особам медичної допомоги визначеного обсягу і якості в рамках Програм добривільного медичного страхування.

До Медичних закладів відповідно до цих Правил відносяться також приватно практикуючі лікарі, що мають ліцензії на право здійснення медичної діяльності.

2.6. Програма медичного страхування – частина договору страхування, яка містить перелік медичної допомоги, оплату вартості якої гарантує Страховик згідно з цим Договором.

Програми медичного страхування, за якими укладаються Договори страхування, наведені у Додатку № 1 до цих Правил.

2.7. Страховик - юридична особа, створена відповідно до чинного законодавства, яка отримала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страховової діяльності.

2.8. Страхувальники - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування.

Страхувальники - юридичні особи укладають договори страхування групи осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Страхувальники - фізичні особи укладають договори страхування відносно себе або відносно третьої особи або групи громадян (Застраховані особи), лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

2.9. Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.10. Страховий випадок - подія, що передбачається договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити відповідно до умов договору страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або медичному закладу чи асистуючій компанії.

2.11. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату у разі настання страхового випадку.

2.12. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.13. Страховий платіж (внесок, премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

2.14. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

- 2.15. Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафікований розмір завданіх збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням причин відмови.
- 2.16. Страховий поліс – документ, що є формою договору страхування і який посвідчує факт укладання договору страхування.
- 2.17. Франшиза - частина збитків Страхувальника (Застрахованої особи), що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.
- 2.18. "Компетентні органи" – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, ДСНС України, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства тощо). Документи та/або інформація компетентних органів - будь-які офіційні носії/джерела інформації компетентних органів (довідки, роз'яснення, нормативні акти, закони, інформація компетентних органів та їх посадових осіб з офіційних сайтів, офіційних видань чи зафікована у виданих ними письмових документах). У разі наявності суперечностей в інформації та документах, отриманих Страховиком та Страхувальником, рішення приймається на підставі відповідних роз'яснень компетентних органів шляхом направлення Страховиком додаткових запитів.
- 2.19. Розрахункові медичні заклади – медичні заклади, за вартістю послуг в яких відбувається страхова виплата Застрахованим особам (Вигодона бувачам), які отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком Страховика/Асистансу, вартість яких більше за вартість послуг розрахункових медичних закладів.
- 2.20. Вчинення терористичних актів та терористичної діяльності (тероризм) - застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створювали небезпеку для життя чи здоров'я людини або заподіяння значної майнової шкоди чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також погроза вчинення зазначених дій з тією самою метою.
- 2.21. Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань (законних та незаконних) сторін збройного (воєнного, військового) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на

територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антiterористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

2.22. Оголошена або неоголошена війна, збройний конфлікт – події та збитки, що відбуваються під час оголошених чи неоголошених актів військової агресії та військового (збройного) конфлікту, також будь-який спір, що виникає між двома державами, або ворожий збройний конфлікт між протиборчими громадянами, групами однієї нації чи держави (громадянська війна), незалежно від його тривалості, наслідків, а також факті оголошення чи заперечення однією зі сторін (сторонами) наявності стану війни, громадянської війни чи військового конфлікту.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеній страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

4.1. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

4.2. У договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми Страховика по окремому випадку, групі страхових випадків (в тому числі по Програмі страхування та/або по певним видам медичної допомоги, яка буде надаватися Страхувальнику/Застрахованій особі), договору страхування в цілому.

4.3. В період дії Договору страхування за згодою Страховика Страхувальник може збільшити розмір страхової суми зі сплатою додаткового страхового платежу, розмір якого обчислюється виходячи з різниці між новою і початковою страховими сумами та терміну, що залишився до кінця дії Договору страхування.

5. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

5.1. Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй медичної допомоги.

5.2. Страховим випадком, відповідно до цих Правил, є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до медичного закладу або асистуючої компанії, передбачених Договором страхування, за отриманням консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої та іншої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого Програмою медичного страхування у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, іншими станами здоров'я, що передбачені Програмою медичного страхування.

5.3. Договір страхування може бути укладений на умовах:

5.3.1. гарантованої оплати вартості медичної допомоги в умовах стаціонару в екстреному і/або плановому порядку (програма "Стаціонар");

5.3.2. гарантованої оплати вартості амбулаторно-поліклінічної допомоги, в тому числі, послуги сімейного лікаря (програма "Поліклініка");

5.3.3. гарантованої оплати вартості стоматологічної допомоги (програма "Стоматологія");

5.3.4. гарантованої оплати вартості швидкої і невідкладної медичної допомоги (програма "Швидка та невідкладна допомога");

5.3.5. гарантованої оплати вартості реабілітаційної, оздоровчої медичної допомоги (програма "Медична реабілітація");

5.3.6. гарантованої оплати вартості амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої і невідкладної, реабілітаційної, медикаментозної допомоги та послуг сімейного лікаря (програма "Комплексна програма").

5.4. Програми медичного страхування наведені в Додатку №1 до цих Правил.

5.5. Конкретний перелік медичних послуг, що включені в Програму медичного страхування та страхова сума за такою програмою вказується Страхувальником в заявлі про намір укласти Договір страхування та в Договорі страхування.

У випадку, якщо Страховиком укладені Договори про оплату вартості послуг з медичними закладами, що надають однакові медичні послуги, але на різному якісному рівні (використовується високоякісна медична техніка, найновіші медичні технології, лікарі, що мають більш високий рівень кваліфікації та т. ін.) який визначає вартість лікування, в умові страхування можуть бути включені варіанти надання однакових медичних послуг різними медичними закладами, що диференційовані по вказаним вище ознакам, на умовах сплати Страхувальником різного розміру страхового платежу.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

6.1. Страховик не оплачує вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку з:

6.1.1. одержанням травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я, що настало в зв'язку зі здійсненням дій, у яких судом чи слідчими органами встановлено ознаки навмисного злочину;

6.1.2. одержанням травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я, що настало в результаті перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння за винятком випадків, коли цей стан було викликано протиправними діями третіх осіб;

6.1.3. навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень, у тому числі із замахом на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до замаху на самогубство протиправними діями третіх осіб;

6.1.4. оплатою медичних послуг, медичних препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування в стаціонарі чи амбулаторного лікування, що не були рекомендовані, письмово засвідчені довіреним лікарем Страховика чи лікарем Застрахованої особи як необхідні за медичними показаннями;

6.1.5. гострою і хронічною променевою хворобою;

6.1.6. особливо небезпечною інфекційною хворобою - натуральна віспа, чума, холера, жовта лихоманка - у випадку виникнення епідемії і/чи оголошення державного карантину;

6.1.7. будь-якою формою СНІД, в будь-якій його стадії та його наслідками;

6.1.8. впливом ядерного вибуху, радіації чи радіоактивного зараження;

6.1.9. воєнними діями, а також маневрами чи іншими військовими заходами;

6.1.10. громадянською війною, народними хвилюваннями чи всякого роду страйками;

6.1.11. стихійними лихами.

6.2. У випадку первинного виявлення у Застрахованої особи захворювань (станів), перерахованих у п.п. 6.1.5.- 6.1.7. цих Правил, в період дії Договору страхування, Страховик оплачує вартість медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

6.3. Страховик не оплачує отриману Застрахованою особою медичну допомогу і медичні послуги в медичних установах, не визначеніх Договором страхування, без попереднього узгодження зі Страховиком.

6.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачене Договором страхування, вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку з:

6.4.1. лікуванням хронічних захворювань, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення;

6.4.2. косметичним лікуванням;

6.4.3. лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом;

6.4.4. лікуванням алкоголізму, токсикоманії та наркоманії;

- 6.4.5. оперативним втручанням, яке пов'язане з пересадкою органів і тканин;
 - 6.4.6. лікуванням злойкісних новоутворень;
 - 6.4.7. отриманням Застрахованою особою послуг приватних медичних сестер;
 - 6.4.8. отриманням Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків.
- 6.5. Страховик не оплачує вартість: ортопедичних пристосувань та пристройів, окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків та іншого, якщо це не передбачено Договором страхування.
- 6.6. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у розмірі франшизи, якщо вона передбачена Договором страхування;
- 6.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків.
- 6.8. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у розмірі франшизи, якщо вона передбачена Договором страхування, причому, франшиза може бути передбачена як в цілому по договору, так і по окремим видам послуг, про що зазначається в Програмі страхування
- 6.9. Перелік виключень в Договорі страхування може бути розширеній чи звужений в залежності від умов і програм страхування конкретного договору страхування. За наявності розбіжностей між текстом Правил та текстом Договору, пріоритет має текст Договору.

7. СТРАХОВІ ТАРИФИ.СТРАХОВИЙ ПЛАТИЖ

- 7.1. Страховий тариф визначається Страховиком залежно від чинників, що впливають на ступень ризику виникнення страхового випадку: професія/род занять Застрахованої особи, наявність/відсутність шкідливих умов праці на виробництві, проведення профілактичних заходів, стан здоров'я Застрахованої особи та т. ін., а також від обраних Страхувальником Програм медичного страхування.
- 7.2. Страховий платіж визначається множенням страхового тарифу на страхову суму. Страхові тарифи наведені у Додатку № 2 до цих Правил.
- 7.3. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.
У випадку укладання Договорів страхування групи осіб, загальний розмір страхового платежу за Договором визначається як сума страхових платежів по всім Застрахованим особам.
- 7.4. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.
- 7.5. Сторони можуть передбачити право Страховика утримувати частину несплаченого страхового платежу із суми страхового відшкодування, якщо на момент настання страхового випадку страхувальник не повністю сплатив страховий платіж.

8. СРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Договір страхування укладається строком на один рік, якщо умовами Договору не передбачене інше.
- 8.2. Місце дії договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено Договором страхування..

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ФРАНШИЗА

- 9.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник надає Страховику письмову заяву за встановленою Страховиком формою, що є невід'ємною частиною Договору страхування, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір медичного страхування.

В заявлі на страхування повинні бути зазначені:

- найменування і юридична адреса Страхувальника, його банківські реквізити (для Страхувальника – юридичної особи) або
- П.І.Б., паспортні дані, адреса місця проживання, номер телефону й інші реквізити (для Страхувальника - фізичної особи);
- П.І.Б. Застрахованої особи;
- бажані умови страхування (страхова suma, Програма медичного страхування);
- строк страхування.

У разі страхування групи осіб Страхувальник додає до заяви список осіб, що підлягають страхуванню, який водночас є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

Заповнення бланку заяви не зобов'язує Страховика до укладення Договору страхування.

9.2. Договори страхування укладаються, як правило, без попереднього медичного огляду осіб, що підлягають страхуванню. При цьому, Страховик має право зажадати від Страхувальника надання на осіб, що страхуються, заповнених декларацій здоров'я (анкет), за встановленою Страховиком формою, що містять відомості, які дозволяють судити про стан здоров'я особи, що страхується.

Страховик має право при укладанні Договору страхування передбачити обов'язковий медичний огляд осіб, що мають бути застрахованими, на підставі результатів якого визначити належність цих осіб до груп ризику, та відповідні розміри страхової премії що підлягає сплаті (результати медичного огляду є невід'ємною частиною Договору страхування). При цьому витрати, пов'язані з проходженням особи, що страхується (за вимогою Страховика) медичного огляду, оплачуються Страхувальником (особою, що страхується) самостійно за рахунок особистих коштів.

У випадку відмови Страхувальника (особи, що страхується) у наданні інформації що запитується Страховиком, Страхувальнику може бути відмовлено в укладанні Договору страхування.

9.3. Страховик має право перевірити достовірність наданих Страхувальником відомостей. У випадку встановлення того, що Страхувальник повідомив про себе (особу, що страхується) невірні дані, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

9.4. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом, що є формою Договору страхування.

До Договору страхування додаються:

- список Застрахованих осіб із зазначенням П.І.Б., віку, статі, повної домашньої адреси, телефону;
- Програми медичного страхування;
- перелік розрахункових медичних закладів, до яких Застраховані особи мають право звернутися за одержанням медичної допомоги або медичних послуг;
- іменні страхові медичні картки (у відповідності зі списком Застрахованих осіб) за формулою, встановленою Страховиком.

9.5. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страховий платіж, розмір якого розраховується за тарифними ставками Страховика у терміни, передбачені Договором страхування.

9.6. В Договорі страхування може бути передбачена франшиза (франшизи).

9.8. Застраховані особи забороняється передавати страховий поліс (страхову медичну картку) іншим особам з метою одержання такими особами медичних послуг за Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі поліс (страхову медичну картку), Страховик має право досрочно припинити дію Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи і відмовити у страховій виплаті.

9.9. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) страхової полісу (страхової медичної картки), він повинний негайно сповістити про це Страховика. Страховик за письмовою заявою Страхувальника (Застрахованої особи) видає дублікат поліса (страхової медичної картки) після чого втрачений поліс (страхова медична картка) припиняє свою дію і страхові виплати по ньому не здійснюються.

9.10. Страхувальник протягом терміну дії Договору може збільшити кількість Застрахованих осіб, перелік Програм медичного страхування, обсяг медичних послуг, розмір страхової суми, шляхом оформлення додаткової угоди до Договору страхування, та сплатою додаткового страховогого платежу.

Додатковий страховий платіж у цьому випадку сплачується одноразово, якщо додатковою угодою до Договору страхування не встановлене інше.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страховик має право:

10.1.1. Вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування.

10.1.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію , при укладенні Договору;

10.1.3. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до правоохоронних органів, банків, страхових компаній, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку);

10.1.4. перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові документи для уточнення даних, що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

10.1.5. вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику отриманих за Договором страхових виплат, якщо після укладання Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про предмет страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику;

10.1.6. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених розділом 14 Правил та у разі якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі);

10.1.7. письмово запросити у Страхувальника згоди на внесення у Договір страхування змін у частині розміру страхової суми або обсягу відповідальності Страховика у випадку зміни медичним закладом тарифів на медичні послуги;

10.1.8. достроково припинити дію Договору у відповідності до його умов, закону і порядку, передбаченому Правилами і Договором;

10.2. Страховик зобов'язаний:

10.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

10.2.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних та інших послуг передбачених Програмою медичного страхування та/або Договором страхування

10.2.4. тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу), його майновий стан та стан здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

10.2.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;

10.2.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик переукласти з ним договір страхування;

10.3. Страхувальник має право:

10.3.1. ознайомитися з Правилами страхування;

10.3.2. розширити перелік Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування або медичних послуг, розмір страхової суми, у відповідності до умов п.9.10. цих Правил;

10.3.4. при укладанні Договору страхування за письмовим розпорядженням, оформленим згідно з чинним законодавством, призначити особу для отримання страхової виплати;

10.3.5. укладати Договір страхування за однією або кількома Програмами медичного страхування;

10.3.6. отримувати інформацію про страхові виплати, що здійснені по Застрахованих особах;

10.3.7. достроково припинити дію Договору страхування згідно з розділом 16 цих Правил.

10.4. Страхувальник зобов'язаний:

10.4.1. своєчасно вносити страхові платежі;

10.4.2. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.4.3. повідомити Страховика про інші діючі Договори медичного страхування щодо осіб, які мають бути застраховані;

10.4.4. надати Страховику права повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування;

10.4.5. у межах своєї компетенції вживати заходів по усуненню несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб;

10.4.6. забезпечити збереження документів за Договором страхування;

10.4.7. в усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування повернути Страховику страхові поліси (страхові медичні картки) Застрахованих осіб, дія яких припиняється з моменту дострокового припинення дії Договору страхування.

10.4.8. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.4.11. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування.

10.4.12. умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

10.5. Якщо в період дії договору страхування Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з договору страхування, переходятять до правонаступника Страхувальника за згодою Страховика.

10.6. Страхувальник, якщо це передбачено Договором страхування, несе майнову відповіальність за несвоєчасне внесення страхових платежів шляхом сплати Страховику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

10.7. Застрахована особа має право:

10.7.1. на одержання медичних послуг відповідно до умов, зазначених в Договорі страхування, в медичних установах, перелік яких визначений у Договорі страхування;

10.7.2. вимагати від Страховика дотримання умов Договору страхування;

10.7.3. повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання таких послуг;

10.7.4. на одержання дублікату страхового поліса (страхової медичної картки) у випадку його втрати.

10.7.5. на вибір медичного закладу для отримання лікування відповідно до Договору страхування;

10.7.6. на оплату Страховиком медичних послуг, отриманих в медичних закладах, що не передбачені Договором страхування за умови попереднього узгодження із Страховиком;

10.8. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

10.8.1. дотримуватися розпорядження лікаря і розпорядку, встановленого медичним закладом;

10.8.2. не передавати страховий поліс (страхову медичну картку) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за цим полісом;

10.8.3. надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та сьогодені;

10.8.4. негайно, як тільки це можливо (але не більше ніж 72 години), інформувати Страховика про такі події, що настутили (у випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не може особисто повідомити, повідомляють найближчі родичі):

- будь-яке стаціонарне лікування;

- будь-яке хірургічне лікування;

- лікування і/чи обстеження в медичному закладі, що не зазначений в Договорі страхування;

- втрата страхового полісу (страхової медичної картки).

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі необхідності отримання медичної допомоги та інших послуг, передбачених Договором та Програмою страхування, Застрахована особа повинна звернутися до Страховика та/або Медичного закладу та/або Асистуючої компанії в порядку, передбаченому Договором страхування, та повідомити Страховика та/або Асистуючу компанію про настання страхового випадку або події, що може бути визнана страховим випадком, не пізніше двох робочих днів з дати настання такої події.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку є документи, які підтверджують факт отримання Застрахованою особою медичної допомоги у медичному закладі (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, рахунок медичного закладу, рецепти, лікарняний лист, довідка медичного закладу щодо терміну лікування та діагнозу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу та інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку).

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. За умови визнання факту настання страхового випадку, Страховик проводить страхову виплату відповідно до умов Договору страхування.

13.2. Страхова виплата провадиться Страховиком:

13.2.1. При оплаті медичних послуг медичному закладу, асистуючій компанії - у порядку і в терміни, передбачені укладеним між Страховиком і медичним закладом (асистуючою компанією) договором.

Оплата медичних послуг провадиться на підставі рахунку медичного закладу, з указанням діагнозу, термінів лікування, переліку наданих медичних послуг, їх вартості (із розбивкою по Застрахованим особам) і загальної суми витрат по всім медичним послугам, що надані Застрахованим особам у межах передбаченої Договором страхування програми медичного страхування.

Страховик має право перевірити відповідність зазначених у рахунку медичних послуг їх переліку за Договором страхування.

13.2.2. Оплата (компенсація) понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги здійснюється на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи), Договору страхування (страхового полісу), документів, що підтверджують факт надання Застрахованій особі медичних послуг, діагноз, терміни лікування (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу), переліку наданих медичних послуг (із числа передбачених Договором страхування), рахунків про оплату медичних послуг.

За умовами попереднього погодження із Страховиком, Страховик оплачує (компенсує) Застрахованій особі вартість придбаних нею самостійно медикаментів в обсязі, передбаченому програмами медичного страхування, у випадку, якщо зазначені медикаменти були призначенні лікарем, але не були в розпорядженні медичного закладу, на підставі документу, що підтверджує їх призначення (рецепт або виписку з медичної картки) із зазначенням доз та кількості ліків, чеків про оплату ліків.

Для оплати (компенсації) понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги або медикаменти Застрахована особа повинна протягом 30-ти календарних днів з дня надання медичної послуги надати Страховику перераховані вище документи для складання страхового акту.

13.2.3. Страховий акт складається Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку. При необхідності перевірки обставин страхового випадку і поданих документів Страховик має право відсторочити прийняття рішення про страхову виплату на термін до 30 календарних днів.

Страхова виплата проводиться протягом 10-ти банківських днів, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, із дати складання страхового акту.

Днем проведення страхової виплати вважається дата списання коштів з рахунку Страховика в банку, оформлення поштового переказу або видача готівки з каси Страховика.

Переказ суми, що підлягає виплаті, поштою, телеграфом або на рахунок її одержувача здійснюється за рахунок коштів одержувача.

13.2.4. Виплату належної суми Застрахованій особі, згідно умов, передбачених п.13.2.2. цих Правил, Страховик здійснює в безготіковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи, що визначається у заявлі про страхову виплату .

13.3. Договір страхування, за яким виплачена частина страхової суми, діє до кінця строку, зазначеного у Договорі.

13.4. Загальна сума виплат при настанні одного або декількох страхових випадків з однією Застрахованою особою не може перевищувати страхової суми, обумовленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

13.5. У разі необхідності Страховик може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних установ та інших організацій, які мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

13.6. Страховик має право призначити проведення незалежної експертизи у разі виникнення сумніву щодо обставин, пов'язаних із страховим випадком.

14. ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ

14.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не розповсюджується на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. не повідомлення Страхувальником (Застрахованої особи) Страховика про страховий випадок без поважних на це причин;

14.1.5. інші випадки, передбачені законодавством України.

14.2. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у випадку:

14.2.1. отримання Застрахованою особою медичних послуг в медичних установах не передбачених Договором страхування, за виключенням випадків попереднього погодження зі Страховиком;

14.2.2. отримання Застрахованою особою медичних послуг, що не передбачені Договором страхування (програмою медичного страхування);

14.2.3. отримання Застрахованою особою медичних послуг що не були рекомендовані, засвідчені довіреним лікарем Страховика або лікуючим лікарем Застрахованої особи як необхідні і розумні заходи, якщо це передбачено Договором страхування;

14.2.4. невиконання Застрахованою особою розпоряджень лікуючого лікаря, або порушення визначеного лікуючим лікарем лікарняного режиму, якщо це передбачено Договором страхування;

14.3. Відмова Страховика у виплаті страхової суми (її частини) може бути оскаржена у судовому порядку.

15. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕНИ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

15.1. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня отримання документів, передбачених розділами 12, 13. цих Правил.

У разі прийняття рішення:

- а) про страхову виплату - Страховик здійснює виплату згідно з Договором страхування;
- б) про відмову у страховій виплаті - Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 –ти робочих днів з дня прийняття рішення.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

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

- 16.1.1. закінчення терміну дії;
- 16.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 16.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором терміни. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;
- 16.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
- 16.1.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;
- 16.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 16.1.7. в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

16.2. Дія Договору страхування по відношенню до Застрахованої особи припиняється у випадку:

- 16.2.1. виплати страхової суми в повному обсязі;
- 16.2.2. смерті Застрахованої особи;
- 16.2.3. припинення трудових відносин Застрахованої особи із Страхувальником, якщо це передбачено Договором страхування;
- 16.2.4. дострокового припинення дії Договору страхування;
- 16.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.
- 16.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

16.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

16.6. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальному повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога

Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

17. ПОРЯДОК ВИРШЕННЯ СПОРІВ

17.1. Вимоги щодо страхових виплат пред'являються протягом трьох років з дня настання страхового випадку, якщо інше не передбачено чинним законодавством України.

В цей же термін, який рахується з дня виплати, Страховик має право вимагати повернення страхової виплати, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України.

17.2 Спори, які виникають у процесі виконання умов Договорів страхування по добровільному медичному страхуванню, вирішуються сторонами шляхом взаємних переговорів та оформлюються відповідним протоколом. Якщо в процесі переговорів сторони не дійуть згоди, подальше розглядання спорів проходить відповідно до чинного законодавства України.

17.3. Сторона, винна в невиконанні або в неналежному виконанні умов Договору страхування, несе відповідальність згідно з Договором страхування та з діючим законодавством України.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування.

18.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний у 5-денний строк повідомити Страховика про значні зміни, в відомостях, які були надані Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

18.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику, що оформлюється додатковою угодою до діючого Договору страхування.

18.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати досрочового припинення дії Договору страхування.

ДОДАТОК № 1
до Правил добровільного
 медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

"СТАЦІОНАР"

Програма передбачає оплату вартості стаціонарного лікування за профілем стаціонару в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Всі види консервативного і оперативного лікування в стаціонарі, лікувальні процедури;
2. Проведення лабораторних досліджень;
3. Консультативна допомога кваліфікованих фахівців;
4. Медикаментозне забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря;
5. Розміщення в двох-трьох місцевих палатах, а також палатах підвищеного рівня комфорності;
6. Індивідуальне харчування;
7. Гарантія госпіталізації протягом 3-4-х днів по будь-якому профілю захворювання.

"ПОЛІКЛІНІКА"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування та діагностики в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта;
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей;
3. Діагностичні дослідження та лікувальні процедури у повному обсязі в амбулаторних умовах;
4. Фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
5. Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря в мережі договірних аптек;
6. Нетрадиційні методи лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорефлексотерапія та ін.).

"СТОМАТОЛОГІЯ"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування і діагностики з приводу стоматологічних захворювань Застрахованої особи в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Діагностика;
2. Лікування зубів стоматологом – терапевтом;
3. Видалення зубу;
4. Лікування запальних захворювань слизистої оболонки порожнини роту;
5. Реставрація зубів сучасними фотополімерними матеріалами;
6. Анестезія місцева або загальна;
7. Проведення амбулаторних стоматологічних операцій;
8. Протезування.
9. Зняття зубного каменю.

"ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА"

Програма передбачає оплату вартості наступних видів медичної допомоги і послуг в

медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово;
2. Первинний огляд;
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги;
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги;
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу;
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

"МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ"

Програма передбачає оплату вартості реабілітаційних заходів за призначенням лікаря після перенесених гострих і загострення хронічних захворювань в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

1. Фізіотерапевтичне лікування (масаж, ЛФ, електро-, водо-, грязелікування і т.ін.) в умовах стаціонару, денного стаціонару або поліклініки;
2. Бальнеологічне лікування (ванни, басейн, лікувальна сауна і т. і.);
3. Вітамінотерапія, імунокорекція, повторні курси медикаментозної терапії в амбулаторних або стаціонарних умовах; санаторно-курортне лікування в санаторіях відповідного профілю.

"КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА "

Програма передбачає оплату вартості консультацій, діагностики, лікування та медикаментозного забезпечення Застрахованої особи в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Амбулаторно-поліклінічна допомога:

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта;
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей;
3. Діагностичні дослідження та лікувальні процедури у повному обсязі в амбулаторних умовах;
4. Фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
5. Денний стаціонар;
6. Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря в мережі договірних аптек;
7. Нетрадиційні методи лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорефлексотерапія та ін.).

Стоматологічна допомога:

1. Консультація лікаря-стоматолога;
2. Діагностичні дослідження;
3. Терапевтичне та хірургічне лікування;
4. Знеболювання;
5. Протезування.

Стаціонарна медична допомога:

1. Госпіталізація при гострому захворюванні, травмі, отруенні та інших невідкладних станах;
2. Планова госпіталізація при загостренні хронічних захворювань за направленням лікаря;
3. Медикаментозне забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря;
4. Проведення лабораторних досліджень;

5. Індивідуальне харчування в умовах перебування у стаціонарі;
6. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфорності.

Швидка та невідкладна допомога:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово;
2. Первинний огляд;
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги;
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги;
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу;
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

