

Заява (акцепт) про прийняття пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № _____

Дана заява (акцепт) є повною та безумовною згодою Страхувальника укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Договір або Договір страхування) з ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» (код ЄДРПОУ - 30968986, місцезнаходження: м. Київ, вул. Рибальська, 22) в порядку та на умовах визначених в Пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 12 від « 6 » лютого 2018 року (надалі - Оферта).

Ця Заява (акцепт) та Оферта, що не діють одна без одної, складають разом Договір страхування.

Договір укладається відповідно до Закону України «Про страхування», «Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» № 103.1 від 01.09.2010 р. ПрАТ «СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» зі змінами та доповненнями (надалі - Правила).

СТРАХУВАЛЬНИК	_____ (прізвище, ім'я, по-батькові) _____, дата народження «___» _____ року
Адреса проживання: Адреса проживання	
Паспорт:	Серія . номер . виданий . « » року
ІПН	.
Мобільний телефон: телефон	
Адреса електронної пошти: почта	

1. Застраховані особи:

№	Прізвище, ім'я, по-батькові Застрахованої особи (ЗО)	Дата народження	Адреса проживання, телефон	ІПН	Програма страхування*	Страхова сума, грн	Страховий платіж, грн	Страховий тариф, %
1	Прізвище ім'я по-батькові	дата	Адреса проживання, телефон	ИНН	Програма	Страховая сума	Страховой платеж	Тариф

Докладний опис програми страхування наведений у Додатку 1 до Оферти.

2. Страхові ризики, страхові випадки.

2.1. Страховими ризиками є події, що сталися в період дії Договору страхування, а саме:

- 2.1.1. Гостре захворювання Застрахованої особи
- 2.1.2. Загострення хронічних захворювань Застрахованої особи
- 2.1.3. Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку

2.2. Страховим випадком є факт одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором, необхідність одержання яких виникла внаслідок події передбачених п. 2.1. цієї Заяви. Страховик не оплачує медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком тривалістю більше 30 днів з дати настання страхового випадку.

3. Місцем дії Договору страхування є територія України, за винятком зон бойових дій та військових конфліктів, районів проведення антитерористичної операції, незаконно окупованих та/або відчужених територій.

4. Загальна страхова сума за Договором страхування

Страхов.сума грн.	_____ (прописом)
-------------------	------------------

5. Загальний страховий платіж за Договором страхування

Платіж грн.	_____ (прописом)
-------------	------------------

6. Строк сплати страхового платежу: до _____ р.

7. Строк дії Договору:	з	Начало	по	Конец
-------------------------------	---	--------	----	-------

8. Договір страхування набирає чинності з моменту, вказаного як початок строку дії Договору, але не раніше наступного дня за днем сплати страхового платежу в повному розмірі на рахунок Повіреного.

8.1. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати набрання чинності Договору, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, які визнані страховими випадками, за Договором, лише за базовою опцією Невідкладної (швидкої) медичної допомоги. З 15 (п'ятнадцятого) календарного дня дії Договору страхування, Страховик несе зобов'язання в повному обсязі, щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за Договором, за всіма базовими опціями вибраної Програми страхування та додатковими опціями.

8.2. Інформація про рівень щомісячного доходу Страхувальника вважає конфіденційною

8.3. Мета та характер майбутніх ділових відносин (перелік послуг, які Страхувальник бажає отримати): _____

9. Анкета фізичної особи – Страхувальника

9.1. Страхувальник, належить до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб (необхідне відмітити):	Так/ні
--	--------

9.2. Інформація про рівень щомісячного доходу Страхувальника вважає конфіденційною	Так/ні
--	--------

Якщо «ні», вказати до 5 000 грн. / від 5 000 грн. до 10 000 грн. / від 10 000 до 20 000 грн. / від 20 000 грн/ інше , _____ грн.	
--	--

9.3. Мета та характер майбутніх ділових відносин (перелік послуг, які Страхувальник бажає отримати): _____	страхування / одноразова операція / постійні відносини / тощо (вказати) _____
--	---

10. Перелік страхових випадків, умови здійснення страхових виплат, причини відмови у страховій виплаті, порядок зміни умов і припинення дії Договору страхування, права, обов'язки та відповідальність сторін за Договором визначаються Офертою та Правилами і є обов'язковими для виконання Страхувальником та Страховиком.

Підтверджую, що ознайомився з Правилами страхування, ознайомився та згоден з порядком укладення договору та умовами страхування визначеними в Пропозиції укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 12 від « 6 » лютого 2018 року. Крім цього, Страхувальник повідомлений, що він має змогу цілодобово ознайомитися з цією Офертою розміщеною на офіційній інтернет-сторінці Страховика за посиланням: www.alpha.ua.

Даю згоду ПрАТ «Страхова компанія «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» та Повіреному на використання моїх персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». Цим також підтверджую, що мною була отримана згода Застрахованих осіб на їх страхування та на обробку, використання і передачу Страховику та Повіреному їх персональних даних з метою укладення та виконання Договору.

Підтверджую, що до укладення Договору страхування мені надана інформація, яка зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

Заява підписується Страхувальником шляхом введення одноразового ідентифікатора, отриманого на засіб мобільного зв'язку

Дата укладення _____

Програма страхування		
Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я)		
	<i>Стандарт +</i> <i>100 000,00</i>	<i>Стандарт</i> <i>100 000,00</i>
Страхова сума на 1 Застраховану особу, грн.		
Послуги, що передбачені програмою		
Амбулаторно-поліклінічна медична допомога	Передбачено, в межах наступних послуг	Передбачено, в межах наступних послуг
Консультації лікарів	ні	ні
Консультації терапевта та вузькопрофільних лікарів при травмах	ні	ні
Забезпечення медикаментами при амбулаторно-поліклінічному лікуванні за призначенням лікаря	Передбачено	Передбачено
Загальний Ліміт	В межах страхової суми	В межах страхової суми
Франшиза на медикаменти	10%	20%
Доставка призначених медикаментів при замовленні від 100 грн і наявності даної послуги у регіоні перебування застрахованої особи	так	Так
Денне відвідування при амбулаторному лікуванні	НЕ Передбачено	НЕ Передбачено
Невідкладне стаціонарне лікування	Передбачено	Передбачено
Ліміт на послуги	В межах страхової суми	В межах страхової суми
Клас медичних закладів	Державні, Відомчі (1,2)	Державні, Відомчі (1,2)
Госпіталізація в профільний стаціонар;	Так	Так
Лікування у відділенні реанімації (у разі потреби);	Так	Так
Консультації лікарів, всі лабораторного та інструментального обстеження за призначенням лікаря, всі види необхідного невідкладного терапевтичного та хірургічного лікування; лікувальні процедури.	Так	Так
Перебування в палаті, харчування лікувальне та/або загальний стіл в умовах та за розкладом даного стаціонару;	Так	Так
Забезпечення медикаментами та медичними витратними матеріалами при невідкладному стаціонарному лікуванні	Так*	Так*
	*на виробі медичного призначення (імпланти, протези) встановлюється франшиза 30%	*на виробі медичного призначення (імпланти, протези) встановлюється франшиза 30%
Доставка призначених медикаментів при замовленні від 100 грн і наявності даної послуги у регіоні перебування застрахованої особи	Так	Так
Швидка медична допомога	Передбачено	Передбачено
Ліміт на послуги	В межах страхової суми	В межах страхової суми
Клас медичних закладів	Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3,4,5, 6 7)	Державні, Відомчі, Приватні (1,2, 3,4,5, 6 7)
Візд карети швидкої медичної допомоги в межах 30 км від міста (для міста Київ);	Так	Так
Первинний огляд лікаря, постановка попереднього діагнозу, надання невідкладної допомоги за життєвими показниками (купування гострих (критичних) станів; невідкладна медикаментозна терапія;	Так	Так
Транспортування до медичного закладу;	Так	Так
Госпіталізація в стаціонарне відділення;	Так	Так
Лабораторна діагностика (клінічні, біохімічні, гормональні дослідження крові, до трьох показників на весь період дії договору) за призначенням лікаря	Так	Так

**Пропозиція (оферта) укласти договір добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
№ 12**

м. Київ

« 6 » лютого 2018 р.

1. Порядок укладення договору страхування

- 1.1. Дана Пропозиція укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Оферта) є офіційною пропозицією ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» (код ЄДРПОУ - 30968986, місцезнаходження: м. Київ, вул. Рибальська, 22) (далі – Страховик), від імені якого на підставі Договору доручення № 900.3967 від 09.02.2018 року, в якості повіреного діє Товариство з обмеженою відповідальністю «ХЕЛСІ ЮА», в особі Директора Михайлюка Артема Олександровича, який діє на підставі статуту (код ЄДРПОУ – 40436197, місцезнаходження: м. Київ, вул. Воздвиженська, 56, 5 поверх) (надалі – Повірений), до фізичних осіб (далі – Страхувальники) щодо укладення із Страховиком Договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір страхування або Договір). Від імені Страховика може діяти Страховий посередник/Повірений, який діє на підставі та на умовах визначених в Договорі доручення укладеного із Страховиком. Повірений виконує частину страхової діяльності Страховика та може укладати договори страхування, одержувати страхові платежі, виконувати роботи, пов'язані із здійсненням страхових виплат та страхових відшкодувань. Прийняття Страхувальником цієї Оферти здійснюється в цілому, Страхувальник не може запропонувати Страховику свої умови Договору страхування.
- 1.2. Офіційне оприлюднення Оферти з метою ознайомлення фізичних осіб - Страхувальників з її змістом здійснюється Страховиком шляхом розміщення тексту Оферти на офіційній Інтернет-сторінці Страховика за посиланням: www.alfaic.ua. Оферта складена в електронній формі, підписана електронним підписом Страховика та набирає чинності з дати її офіційного оприлюднення та діє до дати оприлюднення на офіційній Інтернет-сторінці Страховика заяви про відкликання цієї Оферти. Договори укладені на умовах та у порядку визначеному цієї Офертою діють до дати закінчення дії цього Договору, зазначеної в Заяві (акцепт) Страхувальника.
- 1.3. Дана Оферта є пропозицією укласти договір страхування в електронній формі у відповідності до статей 207, 633, 638, 642 Цивільного кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України «Про електронну комерцію».
- 1.4. Безумовним прийняттям (акцептом) умов даної Оферти Страхувальником вважається заповнення електронної заяви (надалі – Заява (акцепт) або Акцепт) на Інтернет-сторінці Страховика або Повіреного, та її підписання шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором, яким є дані в електронній формі у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, що складаються з чотирьох символів та використовуються для підписання Заяви (акцепт) (шляхом введення у відповідну графу Заяви (акцепт) значення одноразового ідентифікатора, отриманого на номер мобільного телефону вказаного Страхувальником у Акцепті), а також сплата страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Повіреного.
- 1.5. Фіксація Акцепту Оферти здійснюється Страховиком в електронному вигляді і зберігається в апаратно-програмному комплексі Страховика. Сторони погоджуються, що виписки з апаратно-програмного комплексу Страховика можуть використовуватись як докази при розгляді спорів, у тому числі в судовому порядку.
- 1.6. Після здійснення Акцепту Оферти та сплати страхового платежу Страхувальнику на адресу електронної пошти, вказаної ним в Заяві (акцепт), направляється Договір страхування.
- 1.7. Страховик приймає на себе зобов'язання у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника виготовити Договір страхування у паперовій формі протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується Сторонами.
- 1.8. Інформація щодо дати, часу Акцепту Оферти на укладення Договору страхування, текст Акцепту Оферти на укладення Договору страхування (в електронній формі) та здійснення оплати, обміну електронними повідомленнями між Сторонами, відомості про факт виготовлення Договору страхування в письмовій формі зберігаються у Страховика.
- 1.9. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення ним Акцепту цієї Оферти.
- 1.10. Страховик має право ініціювати внесення змін до Оферти, у зв'язку із чим Страховик не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення таких змін вносить пропозицію на зміну умов Договору із зазначенням дати такої зміни шляхом розміщення відповідного повідомлення на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет за адресою: www.alfaic.ua. В разі, якщо Страхувальник протягом 30 (тридцяти) календарних днів не звернувся за судовим вирішенням розбіжностей між Страховиком та Страхувальником стосовно зміни умов Договору, вважається, що пропозиція Страховика відносно зміни умов Договору прийнята Страхувальником відповідно до частини 3 статті 205 Цивільного кодексу України. Страхувальник приймає на себе обов'язок самостійно відстежувати наявність/відсутність пропозицій Страховика на зміну умов Договору на офіційному сайті Страховика в мережі Інтернет. Сторони погодили, що незгода Страхувальника з пропозицією Страховика на зміну умов Договору є розбіжністю, яка на підставі частини 2 статті 649 Цивільного кодексу України підлягає вирішенню у судовому порядку.
- 1.11. Ця Оферта, Заява (акцепт) разом складають єдиний документ - Договір страхування.

2. Визначення термінів

- 2.1. **Договір страхування** (надалі – Договір) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання **страхового випадку** здійснити страхову виплату **Третій особі** або Застрахованій особі в обсягах і на умовах, визначених **Договором та Програмою страхування**, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати інші умови Договору.
- 2.2. **Медичне страхування** — вид особистого страхування на випадок втрати здоров'я **від хвороби** або внаслідок **нещасного випадку**.
- 2.3. **Застрахована особа (далі – 30)** – це фізична особа, на користь якої укладений Договір та яка зазначена в Заяві (акцепт) Страхувальника. Вік Застрахованої особи на день початку дії Договору не повинен перевищувати 60 (шістдесят) років. Застраховані особи можуть згідно з Договором набувати прав і обов'язків Страхувальника.
- 2.4. **Страхувальник** – дієздатна фізична особа, яка уклала Договір із Страховиком. Страхувальник може укласти Договір на власну користь, в такому випадку він є Застрахованою особою.
- 2.5. **ЗАЯВА – АНКЕТА (Декларація про стан здоров'я)** (надалі - Заява – Анкета) - заява Страхувальника про стан здоров'я 30 і характер її ризиків – хронічних хвороб, наслідків травм, перенесених захворювань протягом її життя. Дані Заяви-Анкети містяться в Заяві (акцепт) Страхувальника.
- 2.6. **Страхова сума на 1 (одну) 30** - це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку одержувачу страхової виплати, за одну 30. Страхова сума зазначається у Заяві (акцепт) Страхувальника.
- 2.7. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці **страхової суми** за визначений період страхування. Страховий тариф зазначається в Заяві (акцепт) Страхувальника.
- 2.8. **Ліміт відповідальності** (надалі - ліміт) - становить межу страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані 30 при настанні страхового випадку. Ліміти відповідальності розбиваються пропорційно оплаті.
- 2.9. **Страховий платіж на 1 (одну) 30** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором, за одну 30. Страховий платіж та строк його сплати зазначається в Заяві (акцепт) Страхувальника.
- 2.10. **Загальна страхова сума** за Договором визначається шляхом складання Страхових сум за кожною 30.

- 2.11. **Загальний страховий платіж** по Договору визначається шляхом складання Страхових платежів за кожну ЗО та яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором за всіх ЗО.
- 2.12. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 2.13. **Страховий випадок** – подія, передбачувана Договором, яка відбулася і, з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або медичній установі.
- 2.14. **Страхове відшкодування** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов цього Договору при настанні страхового випадку.
- 2.15. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з **Програмою (-ами) страхування**. При наявності франшизи у Програмі страхування, ЗО зобов'язана самостійно сплатити лікувальному закладу чи аптеці відповідну частину вартості Медичної послуги або медиканаментів.
- 2.16. **Лікувально-профілактична установа (далі – ЛПУ)** – заклад охорони здоров'я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації тощо. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, стоматології, заклади, лікувально-профілактичні установи та інші заклади з якими Страховик уклав Договори про обслуговування Страхувальника (ЗО). Перелік медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведений у Переліку медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика в Розділі «Трапився страховий випадок?» детальне посилання <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-sluhaj>.
- 2.17. **Департамент медичного асистансу (далі – ДМА)** – структурний підрозділ Страховика з обслуговування Договорів медичного страхування в частині організації та оплати медичних та інших послуг на умовах та в обсязі Програм страхування;
- 2.18. **Страховий акт** - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані ЗО медичні та інші послуги.
- 2.19. **Третя особа** – заклади охорони здоров'я, які згідно з чинним законодавством України мають право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації і т.і. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, ЛПУ та інші заклади та установи, з якими Страховик уклав Договори про обслуговування ЗО. Також приватні лікарі, які отримали у встановленому законодавством порядку право на здійснення медичної діяльності (надання медичної допомоги та послуг). Третьою особою, також, може бути Асистанська компанія.
- 2.20. **Вигодонабувач** – юридична або фізична особа, на користь якої відповідно до умов 6.3.2 цього Договору сплачується страхова виплата.
- 2.21. **Витрати на ведення справи** – витрати Страховика на укладення та обслуговування Договору страхування.
- 2.22. **Медичні послуги** – це передбачені умовами цього Договору медичні консультації, обстеження, маніпуляції, процедури, забезпечення медикаментами та інша медична допомога, що виконуються з метою лікування або полегшення стану здоров'я хворої ЗО та мають визначену вартість.
- 2.23. **Профілактичний огляд** – це комплекс медичних заходів (огляд лікарів, лабораторно – діагностичні дослідження та інше), з метою виявлення первинного захворювання та/або виявлення та запобігання розвитку захворювань, які протікають у прихованій формі.
- 2.24. **Стационарна допомога** – вид медичної допомоги для лікування хворої ЗО, яка знаходиться в медичній установі протягом безперервного періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години та потребує цілодобового спостереження медичного персоналу. Стационарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Ургентна госпіталізація** проводиться при станах, що загрожують життю ЗО та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями». **Плановою госпіталізацією** вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом не пізніше 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.
- 2.25. **Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається хворій ЗО, коли та не перебуває у стаціонарі під час лікування.
- 2.26. **Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров'я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження.
- 2.27. **Екстрена (швидка) медична допомога** – медично виправдані та обґрунтовані заходи екстреної медичної допомоги та медичного супроводу ЗО, яка перебуває в критичному (невідкладному) медичному стані що становить пряму та невідворотну загрозу життю до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено Договір про співпрацю, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови згідно із Законом України "Про екстрену медичну допомогу" від 05.07.2012 № 5081-VI.
- 2.28. **Стоматологічна допомога** – планова та/або невідкладна стоматологічна допомога, яка включає обстеження, терапевтичну та хірургічну допомогу, якщо інше не передбачено вибраною ЗО Програмою страхування. Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Невідкладна (екстрена) стоматологічна допомога** надається при гострому зубному болю в екстреному порядку при першому візиті до стоматолога, в термін не пізніше 24 годин від моменту звернення до ДМА. Екстрена стоматологічна допомога це комплекс заходів, які спрямовані на усунення гострих станів у зубо-щелепній системі, а саме гострий глибокий карієс, всі форми пульпітів, загострення всіх хронічних форм періодонтитів, періостит, альвеоліт, остеомієліт, перікоронарит, флегмона і абсцес щелепно-лицьової області, невралгія трійчастого нерва, закупорка протоків слинних залоз, усунення наслідків щелепно-лицьової травми.
- 2.29. **Програма страхування** – програма медичного страхування вибрана на розсуд ЗО, яка передбачає у своєму складі набір медичних послуг (перелік медичної допомоги, як-то: стаціонарної, амбулаторно – поліклінічної, стоматологічної тощо), Програма/ми страхування зазначається у Додатку №1 до цієї Оферти та є його невід'ємною частиною.
- 2.30. **Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали одноразового використання (перев'язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони та ін.), що призначені лікуючим лікарем або використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій. Надання рецептів медичними закладами здійснюється згідно з Правилами затвердженими наказом МОЗ України №360 від 19.07.2005 року, з урахуванням міжнародної непатентованої назви препарату (діючої речовини).
- 2.31. **Мобільний додаток «Альфа Ассистанс»** – це програмне забезпечення Страховика, яке призначене для роботи на смартфонах, планшетах та інших мобільних пристроях Застрахованої особи (на платформі Android, iOS), що може бути завантажено з онлайн-магазинів додатків, таких як App Store та Google Play.
- 2.32. **Нещасний випадок** – раптова непередбачувана подія, викликана впливом зовнішніх обставин, що супроводжується пошкодженням тканин організму людини з порушенням їхньої цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату. Нещасними випадками також є випадкове попадання в дихальні шляхи людини сторонніх предметів, утоплення, тепловий удар, опіки, укуси тварин, отруйних комах, змій, обмороження, переохолодження, ураження електричним струмом або блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками.
- 2.33. **Професійні хвороби (професійна патологія)** - це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань зазначено у Постанові Кабінету Міністрів України №1662 від 8 листопада 2000 р. Діагностика та встановлення первинного діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами діючого законодавства України.
- 2.34. **Раптове захворювання** – раптове непередбачене гостре погіршення стану здоров'я ЗО, що загрожує життю та здоров'ю і вимагає надання ЗО невідкладної медичної допомоги.
- 2.35. **Критичний медичний стан** – крайній ступінь захворювання, при якому є потреба в штучному заміщенні та/або підтримці життєвоважливих функцій організму людини (в першу чергу дихальної та серцевої діяльності організму).

- 2.36. **Екстрена (ургентна) медична допомога** – медична допомога, що надається при гострих або критичних станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної, невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.
- 2.37. **Гострий біль** – суб'єктивне відчуття, яке виникає раптово, різко погіршує загальний стан людини. Заважає нормальній праці та дієздатності людини.
- 2.38. **Вперше виявлене захворювання (первинне захворювання)** – захворювання, яке раніше, протягом життя людини не було в неї виявлене (при медичних (профілактичних) оглядах та/або самостійних зверненнях до медичних установ) та/або лікувально – діагностичні заходи щодо клінічних проявів даної (певної) хвороби раніше, за відсутності потреби у цьому, ніколи не проводилися.
- 2.39. **Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами (наприклад, ГРВІ). Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в хронічні захворювання, завдяки таким факторам як, особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватного або несвоєчасного лікування.
- 2.40. **Хронічне захворювання** – тривале захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Характеризується повільними прогресуючими патологічними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з **періодами загострень** (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).
- 2.41. **Критичні захворювання** – група первинних захворювань, що включає в себе вперше виявленні злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, вперше виявлений цукровий діабет I типу та вперше виявлений туберкульоз будь-якої локалізації.
- 2.42. **Компенсація** - стан повного або часткового заміщення функцій пошкоджених систем, органів та тканин організму за рахунок компенсаторних процесів (інших органів і систем організму людини).
- 2.43. **Декомпенсація (некомпенсовані форми захворювання)** - порушення діяльності тканин організму, органу або системи органів, як наслідок, порушення діяльності всього організму людини в цілому, за рахунок порушень механізмів компенсації. Стан декомпенсації проявляється вираженими клінічними проявами захворювання та/або критичними станами.
- 2.44. **Виклик лікаря додому** - виїзд терапевта, сімейного лікаря додому або на місце роботи (за показами) з відповідної категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування з амбулаторно-поліклінічної допомоги та за наявності наступних медичних показань: підвищення температури вище 38,00°C, а також будь-якого підвищення температури більше 37,40°C під час оголошеної епідемії грипу; стани та захворювання, що супроводжуються блювотою, проносом, іншими ознаками харчового отруєння або інфекційного захворювання; підвищення або зниження тиску більш ніж на 30 мм. рт. ст. порівняно із звичайним для ЗО. Звернення ЗО на виклик лікаря додому (в офіс) скеровується до ДМА до 14.00. У разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день.
- 2.45. **Провідний фахівець** - це лікар, вартість консультації якого вища ніж інших звичайних лікарів відповідного фаху в цьому медичному закладі. Визначення «провідний фахівець», в залежності від затвердженого прайс-листу відповідного ЛПУ, включає, але не обмежується: консультації професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, провідних (головних) фахівців, експертів напрямку, іменні консультації тощо.
- 2.46. **Медичне транспортування ЗО** – транспортування ЗО спеціально обладштованим транспортним засобом, за медичними показаннями у медичний заклад для надання медичної допомоги. Транспортування відбувається у супроводі медичного працівника.
- 2.47. **Базові медичні заклади (БМЗ)** – це лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування зі списку Страховика згідно з категорією лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. БМЗ мають пріоритет при скеруванні ЗО за медичними послугами, обслуговування у інших закладах відбувається при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за направленням лікаря базового медичного закладу. При необхідності у БМЗ, найменування базових медичних закладів зазначаються у Програмі страхування.
- 2.48. **Розрахункові медичні заклади** – це медичні заклади, за вартістю послуг в яких відбувається розрахунок розміру страхової виплати Застрахованим особам, які самостійно оплатили та отримали медичні послуги в медичних закладах поза списком Страховика (вартість послуг в яких більша за вартість аналогічних послуг в розрахункових медичних закладах). Найменування розрахункових медичних закладів відповідно категоріям ЛПУ наведені у Переліку медичних закладів.

3. Загальні положення

- 3.1. Предметом Договору є майнові інтереси Застрахованої особи, які не суперечать Закону України і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.
- 3.2. За Договором, Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку організувати надання медичних послуг ЗО та здійснити страхову виплату, а Страховальник (ЗО) зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови цього Договору.
- 3.3. Страхування здійснюється згідно із Законом України «Про страхування», на підставі ліцензії Нацкомфінпослуг серії АЕ № 522516 від 14.08.2014 р. та відповідно до «Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)» № 103.1 від 01.09.2010 р.
- 3.4. Страхові ризики, страхові випадки.
- 3.4.1. Страховими ризиками є події, що сталися в період дії Договору страхування, а саме:
- Гостре захворювання Застрахованої особи;
 - Загострення хронічних захворювань Застрахованої особи;
 - Розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 3.4.2. Страховим випадком є факт одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, передбачених Договором, необхідність одержання яких виникла внаслідок подій передбачених п. 3.4.1 цієї Оферти. Страховик не оплачує медичні послуги та медикаментозне лікування за одним страховим випадком тривалістю більше 30 діб з дати настання страхового випадку.
- 3.5. Місцем дії Договору страхування є територія України, за винятком зон бойових дій та військових конфліктів, районів проведення антитерористичної операції, незаконно окупованих та/або відчужених територій.
- 3.6. Одержувачем страхової виплати є Третя особа згідно з п.6.1 цієї Оферти, яка надала ЗО медичну допомогу (послуги) на умовах цього Договору або сама ЗО в ситуації, яка передбачена п.6.2 цієї Оферти.
- 3.7. Програма страхування обирається Страховальником та зазначається в Заяві (акцепт) Страховальника.
- 3.8. Перелік медичних закладів, в яких відбувається обслуговування, наведений у Переліку медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика в Розділі «Трапився страховий випадок?» детальне посилання <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-sluchaj>.
- 3.9. На вимогу Страховика Страховальник заповнює Заяву – Анкету (Декларацію про стан здоров'я), що є підтвердженням існуючих ризиків щодо стану здоров'я ЗО та згодою ЗО на укладання Договору на їх користь.
- 3.10. Строк дії Договору визначається в Заяві (акцепт).
- 3.11. Договір набирає чинності з моменту, вказаного в Заяві (акцепт) як початок строку дії Договору, але не раніше наступного дня за днем сплати страхового платежу (першої частини страхового платежу) в повному розмірі на рахунок Страховика. У випадку несплати першої або чергової частини страхового платежу (або сплати не в повному розмірі), Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за страховими випадками, що сталися у період з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за встановленою датою сплати страхового платежу (згідно Заявою (акцепт)), до 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою зарахування простроченої (незарахованої) страхового платежу на поточний рахунок Страховика. У разі внесення Страховальником простроченої частини страхового платежу Договір у частині зобов'язань Страховика поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхового платежу на поточний рахунок Страховика. При цьому Страховик не несе відповідальності за подіями (не здійснює страхових виплат), що сталися у період припинення дії цього Договору у частині зобов'язань Страховика. Строк дії цього Договору не змінюється.

3.12. Протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати вказаної в Заяві (акцепт), як початок дії Договору страхування, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, які визнані страховими випадками, за цим Договором, лише за базовою опцією Невідкладної (швидкої) медичної допомоги. З 15 (п'ятнадцятого) календарного дня дії цього Договору страхування, Страховик несе зобов'язання в повному обсязі, щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за цим Договором, за всіма базовими опціями вибраної Програми страхування та додатковими опціями.

4. Обмеження страхування. Виключення із страхових випадків

4.1. Застрахованими особами не можуть бути (якщо інше не передбачене Програмою страхування):

- 4.1.1. особи, які визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 4.1.2. особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних центрах, центрах з профілактики та боротьби із синдромом набутого імунного дефіциту (СНІД), туберкульозних та (або) шкірно-венерологічних спеціалізованих диспансерів;
- 4.1.3. особи, що страждають такими захворюваннями: інсулінозалежна форма цукрового діабету, пухлина головного мозку; пухлини спинного мозку та хребетного стовпа; поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях; смерть мозку; травма хребетного стовпа та спинного мозку; гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний;
- 4.1.4. хворі на СНІД та ВІЛ-інфіковані, алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; психічно хворі;
- 4.1.5. інваліди I групи та II групи та інваліди з дитинства;
- 4.1.6. особи, які на час укладення Договору страхування перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні (госпіталізовані);
- 4.1.7. хворі на тяжкі (некомпенсовані) форми захворювань (серцево-судинної, видільної, нервової та інших систем (та/або органів) організму людини);
- 4.1.8. вагітні жінки.

4.2. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування:

- 4.2.1. З приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії цього Договору, крім випадків загострення хронічних захворювань;
- 4.2.2. Поза межами території страхування відповідно до цього Договору.
- 4.2.3. Наслідків навмисних дій (бездіяльності) Страхувальника/ Застрахованої особи.
- 4.2.4. Захворювання та/або травми, отриманої внаслідок дій ЗО, пов'язаних з невинуватим ризиком (безпосередня участь в воєнних діях, під час проходження застрахованим військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин), а також із ризиком, який невластивий щоденній життєвій та професійній діяльності, заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо).
- 4.2.5. Внаслідок подій, що сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин, лікування гострих та хронічних променевих уражень;
- 4.2.6. Травм, отриманих ЗО у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, опіки та отруєння, отримані внаслідок перерахованих вище станів. Травми, отримані ЗО внаслідок настання ДТП, за умови свідомого знаходження ЗО в ТЗ з водієм, який без відповідного права керував транспортним засобом, або знаходився у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;
- 4.2.7. Травм, отриманих внаслідок злочинних дій або бездіяльності, які підтверджені вироком суду, в зв'язку з спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;
- 4.2.8. Які не відповідають клінічним Протоколам та стандартам надання медичної допомоги в Україні, що розміщені на сайті ДП «Державний експертний центр МОЗ України» за адресою: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>
- 4.2.9. За одним страховим випадком, що перевищують 30 днів з дати настання страхового випадку;
- 4.2.10. На період після закінчення строку дії цього Договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії Договору.
- 4.3. Страховик не забезпечує організацію медичного транспортування ЗО з інших міст України до Києва або до медичного закладу в межах України, послуги таксі, транспортні витрати за межами 30 км зони від міста виїзду лікаря або швидкої допомоги;
- 4.4. **Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів (нозологічної форми, синдрому).** Нозологічні форми (код за МКХ-10)

- 4.4.1. Мігрень, (G43)
- 4.4.2. Вегето-судинна дистонія, (F45.3; G90.9)
- 4.4.3. Системні захворювання сполучної тканини, (M30-M36)
- 4.4.4. Вірусні гепатити (B17-B19), за виключенням Гепатиту А (B15)
- 4.4.5. Ауто імунні захворювання, (M30-M36)
- 4.4.6. Хронічні ауто імунні артропатії та спондилопатії; (M30-M36)
- 4.4.7. Ревматизм, (I00-I02)
- 4.4.8. Ревматоїдний артрит, (M05-M09)
- 4.4.9. Синдром хронічної втоми
- 4.4.10. Імунодефіцити, (D80-D89)
- 4.4.11. Хвороба Крона, (K50)
- 4.4.12. Неспецифічний виразковий коліт, (K51-K52)
- 4.4.13. Саркоїдоз, (D86)
- 4.4.14. Кардіоміопатії, (I43-I43)
- 4.4.15. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою, (D50-D61), (D63-D77)
- 4.4.16. Демієлінізуючі захворювання, (G35-G37)
- 4.4.17. Системні атрофії ЦНС, (G10-G13)
- 4.4.18. Міастенії, G70
- 4.4.19. Міотонії, G71
- 4.4.20. Аміотрофії, G54,5
- 4.4.21. Сирингомієлія, G95
- 4.4.22. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою, (P10-P15)
- 4.4.23. Дитячий церебральний параліч, (G80)
- 4.4.24. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених, (P91)
- 4.4.25. Особливо небезпечні інфекції (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), (A00, A01, A20, A22, A23, A24), за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);
- 4.4.26. Ендометріоз, (N80)
- 4.4.27. Короткозорість, (H52.1)
- 4.4.28. Далекозорість, (H52.0)
- 4.4.29. Астигматизм, (H52.2)
- 4.4.30. Катаракта, (H25-H28)
- 4.4.31. Астенія, (H53.1)
- 4.4.32. Косоокість, (H49-H52)

- 4.4.33. Глаукома, (H40-H42)
- 4.4.34. Синдром «сухого ока», (H16.2)
- 4.4.35. Хронічна ниркова недостатність, (N18)
- 4.4.36. Енцефалопатія будь-якого ґенезу, (G92, G93.4, G93.8)
- 4.4.37. Дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату більше ніж 2 випадки загострення протягом дії Договору та строком лікування більше 14 днів з приводу одного випадку.
- 4.4.38. Остеопороз, (M80-M82)
- 4.4.39. Хронічна венозна недостатність, (I80-I89)
- 4.4.40. Варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбоз, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі), (I83)
- 4.4.41. Гіперплазія ендометрія, (N85.0)
- 4.4.42. Дісплазія епітелію шийки матки, (N87)
- 4.4.43. Лейкоплакія, (K13.2, N48.0, N88.0, N89.4, N90.4)
- 4.4.44. Мастопатія (N60)
- 4.4.45. Вагітність, пологи та післяпологовий період, (O00 – O99)
- 4.5. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг та/або товарів, пов'язаних з витратами на:**
- 4.5.1. Які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг.
- 4.5.2. Планове видалення металоконструкцій;
- 4.5.3. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, риноластика, реконструктивні втручання на суглобах будь якої локалізації), операції на серці (у т.ч. стентування, шунтування), коронарних судинах, провідній системі, судинах, за винятком травм внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії цього Договору; проведення літотрипсії; планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст)
- 4.5.4. Лікування келоїдних рубців;
- 4.5.5. Зміну ваги та/або лікування ожиріння, модифікацію людського тіла, в тому числі хірургічну зміну статі.
- 4.5.6. Трансплантацію органів та тканин (окрім лікування опіків), протезування, ендпротезування.
- 4.5.7. Планові операції із застосуванням апарату штучного кровообігу.
- 4.5.8. Діагностику та лікування гепатозу, стеатозу, цирозу;
- 4.5.9. Діагностику та лікування захворювань, за якими встановлена інвалідність, їх ускладнень та захворювань в стадії ремісії (у т.ч. неповної, часткової, нестійкої, компенсації, субкомпенсації), персистуючих інфекцій, професійних захворювань
- 4.5.10. Злоякісні новоутворення (в т.ч. рак) незалежно від їх місця знаходження (окрім випадків первинної діагностики), також онкологічні захворювання крові;
- 4.5.11. Послуги, надані з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами, як-то: туберкульоз, цукровий діабет, бронхіальна астма, крім випадків лікування гострих станів декомпенсації цих захворювань (наприклад: діабетична кома, набряк легенів тощо);
- 4.6. Виключення / обмеження застосування лікарських засобів. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати:**
- 4.6.1. Двох і більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи за даними офіційного інтернет-представництва Міністерства охорони здоров'я України за веб-адресою <http://mozdocs.kiev.ua>, крім випадків, коли один препарат має місцеву, а другий – загальну дію. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування;
- 4.6.2. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах.
- 4.6.3. Лікарських засобів для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах, але не більше двох загострень одного захворювання впродовж строку дії Договору.
- 4.6.4. Медикаментозного лікування захворювань та станів, що потребують замісної (ферментної, гормональної чи антигормональної тощо) терапії строком понад 1 (один) місяць.
- 4.6.5. Лікарських засобів, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень.
- 4.6.6. Лікарських засобів, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних умовах:
- 4.6.6.1. Хондропротектори: в тому числі- хондротин сульфат глюкозамін тощо;
- 4.6.6.2. Бісфосфонати, тіофосфати, стимулятори тканинного обміну,
- 4.6.6.3. Інгібітори фактору некрозу пухлин альфа;
- 4.6.6.4. Антинеопластичні засоби;
- 4.6.6.5. Гіполіпідемічні засоби;
- 4.6.6.6. Психостимулюючі і ноотропні засоби;
- 4.6.6.7. Засоби, що застосовуються при деменції;
- 4.6.6.8. Антитромботичні засоби;
- 4.6.6.9. Аналоги гонадотропін-релізінг гормону, гормональних спіралей типу „Мірена“;
- 4.6.6.10. Імуностимулятори;
- 4.6.6.11. Засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню (крім призначення в умовах екстреного стаціонарного лікування);
- 4.6.6.12. Препарати урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк тощо);
- 4.6.6.13. Антигомотоксична терапія;
- 4.6.6.14. Біологічно активні та харчові добавки;
- 4.6.6.15. Ензими загальної дії (вобензим, серата тощо);
- 4.6.6.16. Гепатопротектори;
- 4.6.6.17. Пробиотики, пребіотики, еубіотики;
- 4.6.6.18. Бактеріофаги;
- 4.6.6.19. Снодійні та седативні препарати, антидепресанти, транквілізатори;
- 4.6.6.20. Метаболіки (актовегін, тівортін тощо);
- 4.6.6.21. Адаптогени;
- 4.6.6.22. Препарати полівітамінів і вітамінно-мінеральних комплексів, сироваток, антитіл, антигенів;
- 4.6.6.23. Сольові розчини для зрошення слизових оболонок;
- 4.6.6.24. Косметологічні засоби;
- 4.6.6.25. Матеріали для алло - і ксенопластики;
- 4.6.6.26. Стрептокінази та стрептодорнази, за виключенням наступних станів: ТЕЛА (до 6 діб з моменту встановлення діагнозу), тромбозу глибоких вен кінцівок (до 14 діб з моменту встановлення діагнозу) та гострого інфаркту міокарду (24 години з моменту встановлення діагнозу);
- 4.6.6.27. У складі схеми лікування, що необхідні для профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі, в протигрибкові препарати, кардіопротектори, вітамінно-мінеральні комплекси, вакцинація (терапевтична та профілактична, окрім антирабійної та вакцинації проти правцю), тощо.
- 4.6.7. Специфічної імунотерапії алергічних захворювань.

4.7. Виключення / обмеження застосування виробів медичного призначення. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати (якщо інше не передбачено Програмою страхування):

4.7.1. Медичного лікування та діагностичних приладів, засобів медичного призначення, пристроїв, медичного обладнання, та витратних матеріалів до них, в тому числі призначених з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів, медичного інструментарію, а також їх підбір та використання: стенти, набори для емболізації, деартерілізації, артроскопічні набори, штучні зв'язки, резорбтивні болти, гвинти, спиці, пролінова сітка, електроди, ріжучі петлі, ортези, протези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу, голки для біопсії;

4.7.2. Дезінфікуючих засобів (окрім засобів для дезінфекції рук та ран), предметів гігієни та догляду; допоміжних засобів медичного користування, у тому числі придбання коміру Шанса, бандажу, милиць, окулярів, контактних лінз, протезів, слухових апаратів, інвалідних, забезпечення інгаляторними пристроями (спайсерами, небулайзерами тощо)

4.8. Виключення / обмеження діагностичних досліджень. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати:

4.8.1. Діагностики захворювань методами ПЦР, в тому числі дослідження на онкомаркери; проведення провокаційних проб, велоергометрії, тредміл-тестів, проби Манту;

4.8.2. Діагностики та лікування порушень обмінних процесів (включаючи ліпідогрामу (крім випадків гострого інфаркту міокарду), транспорту солей, денситометрія, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну тощо), імунограма, дослідження на гормони (більше чотирьох гормонів на рік); системну імунотерапію тощо;

4.8.3. Генетичного тестування та аналізу поліморфізму генів.

4.9. Інші стани та обмеження:

4.9.1. Оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару; організація та оплата індивідуального сестринського поста.

4.9.2. Повторні медичні обстеження ЗО, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря).

5. Права та обов'язки Сторін.

Відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору

5.1. Страхувальник (ЗО) має право:

5.1.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору;

5.1.2. на внесення змін або доповнень до умов Договору в порядку, передбаченому цією Офертою;

5.1.3. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цією Офертою;

5.1.4. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

5.1.5. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

5.1.6. одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному у Програмі страхування;

5.1.7. вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та організації надання медичної допомоги (послуг), передбачених цим Договором у відповідності до його умов;

5.1.8. ЗО має право отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичної допомоги (послуг).

5.1.9. Завантажити та встановити безкоштовно мобільний додаток «Альфа Ассистанс», що дозволяє, зокрема, але не виключно:

a. Замовляти зворотній зв'язок;

b. Подавати документи для попередньої експертизи у випадку самостійно сплачених коштів;

c. Контролювати особисто залишки лімітованих опцій, якщо такі індивідуальні ліміти передбачені Програмою страхування;

d. Переглянути історію звернень та виплат.

5.2. Страхувальник (ЗО) зобов'язаний:

5.2.1. своєчасно вносити страхові платежі в обсягах та в строки, що обумовлені в Заяві (акцепт);

5.2.2. уважно ознайомитись з умовами страхування, визначеними Правилами страхування та цією Офертою;

5.2.3. надавати Страховику дані, необхідні для укладання Договору та пов'язані з його дією;

5.2.4. при укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо), і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли Страхувальнику (ЗО) стало відомо про зміну ступеню ризику;

5.2.5. в разі зміни ступеню страхового ризику, Страхувальник зобов'язаний укласти зі Страховиком Додаткову угоду, з врахуванням ступеню ризику, та сплатити додатковий страховий платіж;

5.2.6. при укладенні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори добровільного медичного страхування;

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

5.2.8. повідомити ЗО про укладення Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дня набуття ним чинності та ознайомити їх зі змістом цього Договору;

5.2.9. забезпечити, за вимогою Страховика, проходження попереднього медичного огляду у вказаному Страховиком медичному закладі (або довіреного лікаря Страховика);

5.2.10. на вимогу Страховика заповнити Заяви -Анкету (Декларації про стан здоров'я) встановленого Страховиком зразку;

5.2.11. правдиво відповідати на питання, викладені в Заяві -Анкету (Декларації про стан Здоров'я);

5.2.12. дотримуватися правил розпорядку й режиму роботи лікувальних установ;

5.2.13. піклуватися про збереження Договору і не передавати його іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;

5.2.14. виконувати всі рекомендації лікаря Страховика або співробітника ДМА Страховика (у тому числі щодо лікувально-профілактичного закладу, в якому буде здійснюватися надання послуг), а в період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря та приписи медичного персоналу, дотримуватися усіх нормативно-правових актів, чинних в системі охорони здоров'я України. У разі невиконання цих умов Страховик не несе відповідальності за подальший стан здоров'я ЗО та не здійснює відшкодування витрат, здійснених внаслідок такого випадку, та додаткових витрат, пов'язаних з лікуванням ускладнень, що виникли за цих обставин;

5.2.15. у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це ДМА Страховика за телефонами, які указані у Договорі. Якщо Страхувальник (ЗО) не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об'єктивних причин (перебування у стані неpritомності, амнезії тощо), то після припинення цих обставин зобов'язаний повідомити ДМА Страховика протягом 1 (одного) робочого дня.

5.2.16. у випадку неможливості з'явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста та інше), Страхувальник (ЗО) зобов'язаний негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше ніж за 4 години до призначеного прийому, попередити ДМА Страховика про скасування призначеного прийому (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста та інше). У випадку, якщо Страхувальник (ЗО) не попередив, без поважних причин, завчасно про відмову (неможливість) з'явитись на призначений прийом до медичного закладу, Страховик залишає за собою право відмовити у сплаті медичних послуг, наданих за наступним зверненням Страхувальника (ЗО) за медичною допомогою;

5.2.17. повідомити Страховика про випадок, який може бути визнано страховим випадком, у строк, передбачений цією Офертою.

5.2.18. при неправдивому виклику або у випадку відсутності на місці ЗО при виклику лікаря або Швидкої допомоги, ЗО сплачує послуги самостійно.

5.2.19. у випадку надання неправдивої інформації при організації медичних послуг або заповненні Декларації про стан здоров'я, ЗО сплачує послуги самостійно;

- 5.2.20. у разі потреби одержання медичних послуг у лікувальному закладі, не передбаченому Договором, узгодити це із представником Страховика до одержання таких послуг;
- 5.2.21. дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;
- 5.2.22. дотримуватись умов Договору.
- 5.3. Страховик має право:**
- 5.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію в Заяві – Анкеті, при укладанні Договору, щодо стану здоров'я ЗО;
- 5.3.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;
- 5.3.3. відстрочити прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати в разі порушення кримінального провадження за фактом подій, що призвели до страхового випадку із Страхувальником (ЗО), до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами, повідомивши про це Страхувальника (ЗО) протягом 5 (п'яти) робочих днів, але не більше ніж на строк 6 місяців;
- 5.3.4. протягом 3 (трьох) років з дня здійснення страхової виплати вимагати її повернення, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України;
- 5.3.5. перевіряти надану інформацію Страхувальником (ЗО) та вимагати для уточнення діагнозу додаткові медичні документи, а також направити Страхувальника (ЗО) до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
- 5.3.6. відмовити у страховій виплаті у випадках визначених цією Офертою;
- 5.3.7. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати або її частини, якщо Страхувальником (ЗО) були отримані медичні послуги, які не передбачені цією Офертою та Програмою страхування, або Страхувальником (ЗО) були отримані медичні послуги у закладах охорони здоров'я, не передбачених цією Офертою без попереднього погодження із ДМА Страховика.
- 5.3.8. відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник указав відомості, які впливають на оцінку ризиків, щодо страхування здоров'я ЗО в Заяві - Анкеті (Декларації про стан здоров'я), що не відповідають дійсності.
- 5.3.9. У разі ліквідації лікувального закладу як юридичної особи, зміни форми власності чи назви, або при невиконанні з боку медичного закладу умов договору між Страховиком та медичним закладом щодо порядку надання послуг та проведення розрахунків за надані послуги ЗО чи при виявленні фактів шахрайства з боку медичного закладу, Страховик має право змінювати перелік та клас лікувальних закладів в Переліку медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-sluchaj>, без повідомлення Страхувальника, а при значній зміні цін (більше ніж на 15% в порівнянні з цінами на момент укладання цього Договору) на послуги в лікувальному закладі, змінювати клас лікувальних закладів або виключати із списку закладів за Програмою страхування або, за погодженням зі Страхувальником, встановлювати обмеження (франшизи) на послуги такого закладу. За запитом Страхувальника, Страховик надається обґрунтування зміни класу лікувального закладу та актуальний Перелік медичних закладів;
- 5.3.10. достроково припинити дію цього Договору в порядку, передбаченому цією Офертою.
- 5.3.11. контролювати діагностику та лікування ЗО щодо їх відповідності клінічним Протоколам та Стандартам надання медичної допомоги МОЗ, що базуються на принципах Доказової медицини;
- 5.3.12. Якщо, відповідно до даних Державної служби статистики України (<http://index.minfin.com.ua>), добуток Базових індексів споживчих цін по Україні в категорії «Охорона здоров'я» до попереднього місяця за перший місяць дії Договору та за кожний наступний місяць дії Договору перевищить показник 110%, Страховик має право на зміни умов Договору, а саме: розширення переліку виключень, зменшення переліку медичних закладів, медичних препаратів або рівня їх покриття тощо та/або шляхом внесення інших змін в умови Договору (наприклад, пропорційне збільшення страхової премії). Досягнуті домовленості вступають в дію з дати укладення відповідної Додаткової Угоди до Договору. У разі не підписання Додаткової Угоди протягом 10 робочих днів, з дати офіційного звернення Страховика, Договір вважається достроково припиненим за згодою Сторін при виконанні наступної умови: рівень фактичних та заявлених виплат за надані послуги Застрахованим особам дорівнює або перевищує оплачену страхову премію з урахуванням нормативних витрат на ведення справи. Під поняттям рівень фактичних виплат Сторони розуміють загальну сукупність здійснених Страховиком страхових виплат. Під поняттям «рівень заявлених виплат» Сторони розуміють загальну суму вимог до Страховика, щодо якої не прийнято рішення та не здійснено страхову виплату.
- 5.3.13. відмовити у страховій виплаті у випадках невиконання Страхувальником (ЗО) обов'язків, передбачених підпунктами 5.2.1, 5.2.16, 5.2.17 цієї Оферти та/або за наявності підстав, вказаних у п. 6.4 цієї Оферти;
- 5.4. Страховик зобов'язаний:**
- 5.4.1. ознайомити Страхувальника (ЗО) з умовами цього Договору та Правилами страхування;
- 5.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
- 5.4.3. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цією Офертою;
- 5.4.4. не розголошувати відомості про Страхувальника, ЗО, щодо стану його здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України.
- 5.4.5. за заявою Страхувальника (ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страховий ризик, переукласти з ним Договір або укласти Додаткову угоду з врахуванням зміни ступеню страхового ризику;
- 5.4.6. за заявою Страхувальника надати йому (надіслати електронною поштою) актуальний Перелік медичних закладів;
- 5.5. Відповідальність Сторін:**
- 5.5.1. за невиконання чи неналежне виконання умов цього Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 5.5.2. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (ЗО) пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від суми страхової виплати, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
- 5.5.3. Страхувальник несе майнову відповідальність за порушення строків сплати страхового платежу, шляхом сплати Страховику пені у розмірі 0,01% за кожний день прострочення від розміру чергового страхового платежу, строк сплати якого настав, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, яка діяла в період, за який нараховується пеня.
- 5.5.4. Страховик звільняється від відповідальності за будь-яке розголошення, передачу інформації, що була розміщена в мобільному додатку «Альфа Ассистанс», якщо це відбулось внаслідок дій/бездіяльності Застрахованої особи.

6. Дії ЗО у разі настання страхового випадку. Порядок та умови організації медичної допомоги. Порядок та умови здійснення страхової виплати. Причини відмови у здійсненні страхової виплати

- 6.1. Дії ЗО у разі настання випадку, що може бути визнаний страховим.**
- 6.1.1. При настанні страхового випадку ЗО зобов'язана негайно зателефонувати до ДМА Страховика для одержання всієї необхідної інформації з надання медичних послуг:
- для виклику швидкої допомоги за телефоном **(044) 495-81-23**, або
 - в інших випадках цілодобово за телефонами **(044) 495-81-21** або **0-800-503-999** (безкоштовно по всій території України для стаціонарних та мобільних телефонів)
- Таке звернення від імені ЗО може бути здійснено, членами сім'ї ЗО, колегами на роботі, знайомими або іншими особами (в залежності від стану здоров'я ЗО). При такому зверненні ЗО безкоштовно в межах залишку страхової суми отримує необхідну медичну допомогу, включаючи медикаменти, згідно з умовами та лімітами відповідальності передбаченими обраною Програмою страхування.
- 6.1.2. При зверненні до ДМА Страховика ЗО має надати наступну інформацію (на вимогу лікаря – координатора):
- 6.1.2.1. Прізвище, Ім'я, По-батькові ЗО;

- 6.1.2.2. номер Договору;
- 6.1.2.3. місце проживання ЗО;
- 6.1.2.4. причину звернення (скарги, проблеми, що пов'язані із здоров'ям);
- 6.1.2.5. адреса місцезнаходження ЗО; контактний телефон.
- 6.1.3. Лікар-координатор ДМА Страховика проводить ідентифікацію особистості ЗО та чинність Договору, надає медичні консультації, та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у базовий медичний заклад або відповідний заклад охорони здоров'я відповідно до Програми страхування та конкретного страхового випадку, організовує надання невідкладної медичної допомоги. Підбір медичного закладу відноситься до компетенції лікаря ДМА Страховика за умови погодження останнього з Застрахованою особою. При цьому ЗО зобов'язана чітко виконувати всі інструкції ДМА Страховика. Застрахована особа зобов'язана пред'явити в медичному закладі документ, що посвідчує особу (з фотографією) та Договір;
- 6.1.4. Заявку на отримання планової медичної допомоги (планові обстеження та консультації), ЗО повинна надати лікарю ДМА Страховика по телефону чи електронною поштою на адресу alfadoctor@alfaic.ua не менше, ніж за 2 (два) робочі дні до бажаної дати консультації чи обстеження. Лікар Страховика організовує планові консультації або проведення діагностичного обстеження шляхом попереднього запису до медичного закладу та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 1 (одного) календарного дня з моменту звернення.
- 6.1.5. Заявку на отримання виклику лікаря до дому (або в офіс) ЗО, що за станом здоров'я не в змозі самостійно відвідати лікаря, повинна надати лікарю ДМА Страховика по телефону чи електронною поштою на адресу alfadoctor@alfaic.ua до 14.00 (у разі звернення після 14.00 - лікар має право відвідати пацієнта на наступний день). Лікар Страховика організовує виклик лікаря додому (або в офіс) та повідомляє про це Застраховану особу (по телефону та/або за допомогою SMS-повідомлення) протягом 2 (двох) годин з моменту звернення.
- 6.1.6. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації організуються за направленням лікуючого лікаря або терапевта або лікаря Страховика лише у тому разі, якщо симптоми захворювання потребують огляду (консультації) такого спеціаліста у відповідності до стандартів та протоколів МОЗ України. Консультації лікарів вузькопрофільної спеціалізації та обстеження в день надання заявки організуються виключно при гострих станах, при цьому вибір ЛПУ належить до компетенції Страховика за умови погодження з ЗО;
- 6.1.7. За необхідності проведення інструментально-лабораторних досліджень в день звернення ЗО до Страховика, останній може записати ЗО на проведення дослідження без встановлення конкретного часу для звернення.
- 6.1.8. При призначенні лікарем ЛПУ з переліку Страховика медичних та інших послуг, які не можуть бути надані в такому медичному закладі, Застрахована особа телефонує до лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в Договорі, та за його направленням відвідує визначений лікарем інший консультативно-діагностичний медичний заклад, згідно з Програмою страхування ЗО та конкретним страховим випадком.
- 6.1.9. Обслуговування ЗО при підозрі на алкогольне сп'яніння при травмах, набутих внаслідок ДТП, побутових сутичок тощо проводиться лише при наданні на вимогу лікаря-координатора ДМА Довідки про відсутність у крові або сечі алкоголю та продуктів його метаболізму (окрім станів, що загрожують життю ЗО);
- 6.1.10. ЗО може отримати послуги в іншому (не зазначеному в Переліку медичних закладів) медичному закладі, за умови попереднього погодження з ДМА Страховика.
- 6.1.11. У випадках виявлення у ЗО захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у ЛПУ, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб, тощо), Страховик сприяє у направленні ЗО у спеціалізовані ЛПУ.
- 6.1.12. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, медичним закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу (послуги) ЗО в рамках обраної Програми страхування та за умови виконання умов Договору ЗО;
- 6.1.13. Якщо в Програмі страхування не передбачено покриття послуг провідних фахівців (головних лікарів, к.м.н, д.м.н тощо) Страховик може гарантувати лише покриття/відшкодування вартості послуг звичайного фахівця, а ЗО повинна самостійно доплатити за різницю вартості послуг між звичайними фахівцями та провідними (окрім складних випадків, що потребують залучення висококваліфікованих провідних фахівців для диференційної діагностики у відповідності до Протоколів та стандартів МОЗ України).
- 6.1.14. Якщо щодо Застрахованої особи укладено два Договори страхування (за програмами «СТАНДАРТ» та «ДІАГНОСТИКА» або «СТАНДАРТ+» та «ДІАГНОСТИКА+») та Договір, укладений за програмою «ДІАГНОСТИКА» або «ДІАГНОСТИКА+» щодо такої Застрахованої особи є виконаним у повному обсязі, Страховик в межах страхової суми, встановленої у Договорі, укладеному за програмою «СТАНДАРТ» або «СТАНДАРТ+», забезпечує організацію надання та оплату діагностичних та лабораторних послуг при амбулаторно-поліклінічному лікуванні за Договором страхування, укладеним за програмою «СТАНДАРТ» або «СТАНДАРТ+».
- Надання та оплата таких діагностичних та лабораторних послуг здійснюється на умовах, передбачених програмами «ДІАГНОСТИКА» або «ДІАГНОСТИКА+» відповідно.
- 6.1.15. Медикаментозне забезпечення організовується лікарем Страховика протягом 1-12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні.
- 6.1.16. Невідкладна стоматологічна допомога організовується лікарем Страховика протягом 1 (однієї) години.
- 6.1.17. Стационарна допомога організовується лікарем Страховика протягом 1 (одного) робочого дня – планова та протягом 1 (однієї) години – невідкладна, при наявності вільних місць та ЛПУ відповідного профілю у місті перебування ЗО. При відсутності вільних місць та ЛПУ відповідного профілю у місті перебування ЗО, невідкладна стационарна допомога здійснюється у найближчому ЛПУ, де ЗО буде надана екстрена медична допомога за життєвими показами з подальшим переведенням при необхідності в ЛПУ відповідного профілю.
- 6.1.18. Організація послуг екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюється в максимально швидкий термін. Послуги екстреної (швидкої) медичної допомоги надаються переважно державними медичними закладами.
- 6.1.19. Строки організації медичної допомоги можуть змінюватись в залежності від графіку роботи Медичних закладів.
- 6.2. Обслуговування ЗО у випадку відшкодування Страховиком медичних витрат ЗО (за попереднім узгодженням медичних витрат з ДМА Страховика).**
- 6.2.1. У виключних випадках, при одержанні ЗО медичних та інших послуг, передбачених цим Договором, в закладах, не передбачених цим Договором та здійснення оплати за ці послуги (придбання медикаментів, оплата діагностичних обстежень тощо за свій рахунок), але при умові, що це було попередньо узгоджено із ДМА Страховика, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо ЗО.
- 6.2.2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт необхідності отриманих медичних послуг Страховальником (ЗО) та їх вартість.
- 6.2.3. **Для отримання страхової виплати** ЗО зобов'язана надати (або надіслати) на адресу м. Київ, вул. Рибальська, 22 ПрАТ «СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» наступні документи:
- 6.2.3.1. Заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком, що знаходиться на сайті СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-sluchaj>);
- 6.2.3.2. Копію паспорта громадянина України або документ, який посвідчує особу;
- 6.2.3.3. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера.
- 6.2.4. Додатково до документів, зазначених у пп.6.2.3 додається:
- 6.2.4.1. **Для відшкодування вартості медикаментів:**
- а. *копія виписки з історії хвороби або виписного епікризу, де вказується діагноз, термін лікування, перелік медикаментів, дозування та їх кількість.* Документи повинні бути завірені штампом і печаткою лікувальної установи, підписом лікаря (та його печаткою) та/або завідувача відділенням;
- б. *при амбулаторному лікуванні* – копія виписки з амбулаторної карти або довідки, що завірені лікувальною установою, рецепти (вимоги) на медикаменти, оформлені у встановленому порядку.
- с. *атлечні фіскальні чеки* (у разі відсутності в фіскальному чеку назви конкретного лікарського препарату до фіскального чеку має надаватись товарний чек із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища ЗО, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою

аптечного закладу), товарні чеки на медикаменти із зазначенням переліку та вартості лікарських препаратів та прізвища Застрахованої особи, завіреного підписом відповідальної особи та печаткою аптечного закладу (якщо медикаменти придбані у ФОП). Дата видачі товарного і фіскального чека повинні збігатися.

d. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», що розміщений на сайті СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» за лінком <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-slucaj> (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи)

6.2.4.2. Для відшкодування вартості медичних послуг:

a. *копія медичного висновку* про призначення медичних послуг (консультативний висновок, виписку із амбулаторної карти тощо) оформлені належним чином з підписом і печаткою лікаря, підписом завідуючого відділенням і печаткою лікувальної установи;

b. *фіскальні чеки* або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;

c. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», що розміщений на сайті СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» за лінком <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-slucaj> (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);

d. *акт виконаних робіт*;

6.2.4.3. Для відшкодування вартості діагностичних обстежень:

a. *копія направлення лікаря* на даний вид діагностичних обстежень;

b. *фіскальний чек* (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція) з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;

c. *копія результатів обстеження* або лікування;

d. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватному закладі який відсутній у «Переліку ЛПУ», що розміщений на сайті СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» за лінком <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-slucaj> (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);

e. *акт виконаних робіт*;

6.2.4.4. Для відшкодування вартості стоматологічних послуг:

a. *копія консультативного висновку лікаря*, завіреного печаткою та підписом та відповідного *Акту виконаних робіт*;

b. *фіскальні чеки* або прибуткові касові ордери, розрахункові квитанції з найменуванням послуги і її сплаченої вартості;

c. *копія установчих документів*, якщо послуги отримані в приватних стоматологічних клініках які відсутні у «Переліку ЛПУ», що розміщений на сайті СК «АЛЬФА СТРАХУВАННЯ» за лінком <https://alfaic.ua/page/proizoshel-strahovoj-slucaj> (Свідоцтво державної реєстрації, Ліцензія на право надання відповідних послуг, Довідка про внесення до єдиного реєстру, при зверненні до суб'єкта підприємницької діяльності – додатково копія Свідоцтва платника податку на поточний рік та витяг з Реєстру фізичної/юридичної особи);

d. *копія прейскуранту вартості цін*, якщо послуги отримані в приватній стоматологічній клініці з якою у Страховика відсутні договірні відносини.

6.2.5. Документи, зазначені у пп. 6.2.3 – 6.2.4 цієї Оферти, можуть надаватись Страховику у формі: оригінальних примірників; нотаріально засвідчених копій; простих копій, завірених органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів. Платіжні документи, що підтверджують оплату наданих послуг або медикаментів (фіскальний чек, квитанція, прибутковий касовий ордер) завжди надаються у вигляді оригіналів;

6.2.6. Якщо зазначені у п. 6.2.4 цієї Оферти документи надані Страховику не в належній формі, або оформлені із порушенням існуючих норм (відсутні номер, дата, штамп, печатка, є виправлення тексту тощо), страхова виплата не здійснюється до ліквідації цих недоліків.

6.2.7. Страхувальник (ЗО) має право надавати Страховику додатково інші документальні підтвердження щодо настання події, яка може бути визнана страховим випадком.

6.2.8. В окремих випадках Страховик має право мотивовано вимагати надання інших документів, не зазначених у пп. 6.2.3 – 6.2.4 цієї Оферти, якщо на підставі наявних доказів неможливо зробити висновок про право отримання страхової виплати одержувачем, зокрема, про факт настання страхового випадку, обсяг шкоди, заподіяної внаслідок ушкодження здоров'я Страхувальника (ЗО).

6.2.9. У випадку самостійної оплати за медичні послуги ЗО має подати заяву на отримання страхової виплати у термін до 30 (тридцяти) календарних днів після отримання медичних послуг. У разі перевищення цього терміну, Страховик має право відмовити або відшкодувати її (частково або повною мірою).

6.2.10. Після кожного страхової виплати відповідна страхова сума зменшується на суму такої виплати;

6.2.11. в особливих випадках по подіях, передбачених в розділі п. 6.2 цієї Оферти, рішення про оплату лікування приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичних закладів.

6.2.12. До документів, за якими не може бути здійснена страхова виплата, відносяться:

a. замовлення на доставку ліків,

b. замовлення на надання медичної допомоги,

c. рахунки-фактури лікувально-профілактичних закладів без надання відповідних фінансових документів (фіскальних чеків, квитанцій), що підтверджують факт оплати наданих ЗО послуг або медикаментів;

d. документи, які оформлені не у відповідності із вимогами чинного законодавства України, та (або) документи ЛПУ, підприємств, установ, закладів та (або) організацій, які створені та (або) діють не на підставі чинного законодавства України;

e. квитанції без номера, без зазначення коду ЄДРПОУ;

f. товарні чеки від приватних підприємців (СПД, ПП) без номера, підпису приватного підприємця, печатки (за наявності останньої);

g. фінансові документи, що підтверджують факт сплати на користь інших страхових компаній;

h. копії фінансових документів;

i. квитанції про сплату благодійних внесків;

6.2.13. При виникненні питань відносно страхової виплати (відшкодування) ЗО можете звернутись за електронною адресою expert@alfaic.ua.

6.2.14. Для попереднього розгляду та отримання інформації про можливість страхової виплати (відшкодування), ЗО має право надіслати електронні копії документів для страхової виплати на адресу: expert@alfaic.ua, або завантажити їх через мобільний додаток «Альфа Ассистанс» (але це не виключає необхідності надання документів у паперовому вигляді);

6.3. Рішення Страховика щодо страхової виплати:

6.3.1. Рішення про страхову виплату, приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу та оформлюється страховим актом. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів після отримання останнього документу.

6.3.2. Страховик здійснює страхову виплату, протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення про страхову виплату, за такими можливими варіантами:

6.3.2.1. Медичним закладам, що надали ЗО послуги, передбачені цим Договором, в разі організації послуг ДМА Страховика;

6.3.2.2. ЗО (або її законному представнику) на підставі його письмової заяви. Страховик здійснює страхову виплату шляхом переказу коштів на банківський рахунок або через систему Аваль-експрес. Про переказ коштів ЗО повідомляється за допомогою SMS-повідомлення.

6.3.3. При прийнятті рішення Страховиком про відмову у страховій виплаті ЗО, Страховик протягом 10 (десяти) календарних днів письмово повідомляє про це ЗО з обґрунтуванням причин відмови.

- 6.3.4. Розмір страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат ЗО, попередньо погоджених з ДМА Страховика (відповідно до послуг, лімітів відповідальності та категорії медичних закладів, передбачених Програмою страхування), але не більше ніж вартість таких послуг у розрахункових медичних закладах, якщо інше не зазначено в Програмі страхування (крім випадків, коли ЗО не мала змоги звернутись за медичною допомогою в лікувальний заклад рівня, обумовленого Програмою страхування, з причини відсутності такого у регіоні, де були надані медичні послуги, або з причини відсутності таких послуг в БМЗ чи відмови таким лікувальним закладом в наданні медичної допомоги).
- 6.3.5. Загальна сума виплат по Страхувальнику (ЗО) за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої за цим Договором на одну ЗО.
- 6.3.6. Якщо за фактами, які спричинили настання страхового випадку, порушено кримінальне провадження або справа розглядається судом, прийняття рішення про страхову виплату може бути відстрочене до закінчення розслідування, судового розгляду, але на строк не більше 6 місяців.
- 6.3.7. Страхові виплати здійснюються з врахуванням податків та зборів передбачених чинним законодавством України на момент здійснення страхової виплати.
- 6.3.8. Здійснення страхових виплат проводиться тільки в національній валюті України.
- 6.4. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:**
- 6.4.1. навмисні дії Страхувальника (ЗО), на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання страхового 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. Кваліфікація дій Страхувальника (ЗО) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 6.4.2. вчинення Страхувальником (ЗО) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 6.4.3. настання подій, які не можуть бути визнані страховими випадками згідно з умовами цього Договору;
- 6.4.4. ненадання Страховику документів, необхідних для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;
- 6.4.5. подання Страхувальником (ЗО) свідомо неправдивих відомостей про Страхувальника (ЗО) (стан здоров'я, рід занять, ступінь ризику) або про факт та причини настання страхового випадку;
- 6.4.6. неузгодження дій Страхувальника (ЗО) щодо страхового випадку (звернення та/або лікування в медичних установах) без узгодження з лікарем ДМА Страховика;
- 6.4.7. невиконання вказівок ДМА Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. з урахуванням вимог п. 5.2, пп. 6.1 - 6.2 цієї Оферти;
- 6.4.8. несвочасне повідомлення Страхувальником (ЗО) про настання страхового випадку та/або невиконання вказівок лікаря ДМА Страховика, без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди, у т.ч. невиконання пп. 5.2.12 – 5.2.13 та пп.6.1 – 6.2 цієї Оферти;
- 6.4.9. подання документів на виплату ЗО, у разі самостійної сплати медичних послуг ЗО (п.6.2.9) в строк, що перевищує 60 (шістдесят) календарних днів з дати отримання таких послуг з приводу стаціонарного лікування, та ЗО (тридцять) календарних днів у всіх інших випадках;
- 6.4.10. настання страхового випадку після зміни ступеню страхового ризику, про який не було повідомлено Страховика відповідно до п.п. 5.2.4 – 5.2.5 цієї Оферти;
- 6.4.11. належність ЗО до осіб перелічених у п.4.1 цієї Оферти.
- 6.4.12. інші підстави, передбачені законодавством України.

7. Порядок зміни і припинення дії Договору

- 7.1. Всі зміни до Договору Сторони вносять за згодою Сторін та оформлюються у письмовій формі у вигляді Додаткової угоди до Договору, яка є його невід'ємною частиною, крім змін до умов Договору, які вносяться в порядку п. 1.10 цієї Оферти. Зміни у Перелік медичних закладів, що розміщений на офіційному сайті Страховика (<https://alfa.ua/page/proizoshel-strahovoj-sluchaj>), вносяться Страховиком в односторонньому порядку без згоди Страхувальника, про що повідомляється Страхувальнику (ЗО) під час одержання нею послуг Страховика. На вимогу Страхувальника Страховик направляє Перелік медичних закладів з урахуванням змін.
- 7.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 15 (п'ятнадцять) робочих днів до запропонованого терміну внесення змін.
- 7.3. У випадку зменшення кількості ЗО Сторони перераховують суму загального страхового платежу;
- 7.4. У разі зменшення кількості ЗО (виключення ЗО) Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж, сплачений за страхування ЗО, що була виключена зі списку, за період, що залишився до кінця дії цього Договору щодо цієї ЗО, з врахуванням нормативу на ведення справи та страхових виплат (фактично сплачених та заявлених) здійснених по цій ЗО;
- 7.5. Якщо Договір помилково був укладений представником Страховика на користь однієї з осіб зазначених у п.4.1 цієї Оферти, то з моменту встановлення цього факту, Договір припиняє свою дію в частині зобов'язань щодо цієї ЗО, а страхові платежі внесені за цю ЗО в повному обсязі повертаються Страхувальнику.
- 7.6. Якщо Договір був укладений на користь однієї з осіб зазначених у п.4.1 цієї Оферти у, та ця особа знала про стан свого здоров'я, але не сповістила Страховика, то цей Договір в частині зобов'язань Страховика щодо цієї ЗО, з моменту встановлення Страховиком приховання інформації ЗО щодо стану свого здоров'я або настання страхового випадку через стан здоров'я ЗО, вказаного у п.4.1 цієї Оферти, достроково припиняє свою дію за вимогою Страховика. Сплачені за Договором страхові платежі у таких випадках повертаються згідно із п.7.11. цієї Оферти.
- 7.7. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін в Договір, в 5-денний строк від дати одержання повідомлень про зміни вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії. Умови даного пункту не діють у випадку внесення змін до Договору у порядку визначеному в п. 1.12 цієї Оферти.
- 7.8. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:**
- 7.8.1. закінчення строку дії цього Договору;
- 7.8.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (ЗО) у повному обсязі;
- 7.8.3. несплати Страхувальником (ЗО) страхових платежів у встановлені Договором строки.
- 7.8.4. смерті Страхувальника (ЗО) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;
- 7.8.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 7.8.6. прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;
- 7.8.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 7.9. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 7.10. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі (також і у випадку одноразового внесення страхового платежу за весь рік страхування) за період, що залишився до закінчення дії Договору, з врахуванням нормативних витрат на ведення та фактично здійснених страхових виплат. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 7.11. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з врахуванням нормативних витрат на ведення справи, та фактично здійснених страхових виплат.
- 7.12. У разі припинення дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком взятих на себе зобов'язань у повному обсязі, страхові внески не повертаються.

7.13. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору.

7.14. По відношенню до однієї ЗО дія Договору припиняється у випадку:

- a. смерті ЗО;
- b. виконання Страховиком зобов'язань перед ЗО в повному обсязі.

8. Порядок вирішення спорів

8.1. Спори, що виникають за Договором, розв'язуються шляхом переговорів.

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

9. Інші умови

9.1. Взаємовідносини, що не врегульовані умовами Договору регламентуються Правилами та чинним законодавством України. У разі розбіжності тексту Правил з текстом Договору, перевагу має текст Договору.

9.2. Якщо ЗО знаходиться на лікуванні у медичному закладі, куди він потрапив ще під час чинності дії Договору, а Договір припиняється через несплату страхових платежів, Страховик припиняє оплату медичному закладу медичних послуг ЗО.

9.3. Нормативні витрати на ведення справи складають 30%.

10. ЗАХИСТ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

10.1. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» прийняттям цієї Оферти Страхувальник (ЗО) надає свою згоду:

а) на обробку Страховиком його персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (у тому числі укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним за рахунок засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово – господарської діяльності;

б) на прийняття Страховиком рішень на підставі обробки персональних даних Страхувальника (повністю та/чи частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/чи в картотеках персональних даних;

в) Страховик має право здійснювати дії з персональними даними, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Страхувальника;

г) зберігання Страховиком його персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;

д) реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до Договору та чинного законодавства України.

е) надання доступу Страховиком до його персональних даних третім особам здійснюється на розсуд Страховика, передача персональних даних Страхувальника третім особам здійснюється Страховиком без повідомлення Страхувальника.

10.2. Прийняттям цієї Оферти, Страхувальник підтверджує, що його належним чином повідомлено про включення до баз(и) персональних даних Страховика, повідомлені його права, та повідомлено про мету збору таких даних.

10.3. Прийняттям цієї Оферти, Страхувальник підтверджує, що до укладення цього Договору страхування йому була надана інформація, що зазначена в частині другій статті 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», права на інформацію Страхувальнику роз'яснено, суть та обсяг наданої фінансової послуги зрозуміло.

Невід'ємними частинами цього Договору є:

1) Програма страхування (Додаток № 1 до Договору).

СТРАХОВИК:

в особі Повіреного Товариство з обмеженою відповідальністю «ХЕЛСІ ЮА»

від імені якого діє

Директор

Михайлюк А.О.

М.П.