



ІНФОРМАЦІЯ
про страховий продукт «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» за Програмою ПРОГРАМА
«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДП «ЗАПОРІЗЬКЕ МАШИНОБУДІВНЕ
КБ «ПРОГРЕС» ім. Ак. О.Г. ІВЧЕНКА»

Об'єкт страхування:	Об'єктом страхування є - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, зазначеної у Договорі страхування. На страхування приймаються виключно працівники підприємства «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДП «ЗАПОРІЗЬКЕ МАШИНОБУДІВНЕ КБ «ПРОГРЕС» ім. Ак. О.Г.ІВЧЕНКА» та члени їх родин.
Страхові ризики та обмеження страхування:	Страхові ризики: ✓ Гостре захворювання; ✓ Загострення хронічного захворювання; ✓ Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку. За Договором страхування не можуть бути застраховані особи, які: - віком до 18 та старші 65 років; - є хворими на онкологічне захворювання; - є хворими на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи; - мають новоутворення головного та/або спинного мозку або хребта; - мають ураження нервової системи, в тому числі при розсіяному склерозі; - мають гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт, гострий некротичний; - мають захворювання нирок; - є хворими на СНІД або є ВІЛ-інфікованими; - є хворими на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію; - знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах; - мають психічні розлади; - є особою з інвалідністю I або II групи.
Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності)	Страхова сума може встановлюватися у Договорі страхування за згодою Страховика та Страхувальника щодо окремої Застрахованої особи та/або за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків. В межах страхової суми в Договорі страхування можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, та/або на відшкодування окремих витрат. Розмір страхової суми: Мінімальна страхова сума – 35 000 грн Максимальна страхова сума – 75 000 грн Варіанти страхових сум в залежності від варіанту програми: Стандарт - 35 000,00 грн Стандарт + 50 000,00

	ВП - 75 000,00 грн СТАНДАРТ/1-6 - 35 000,00 грн СТАНДАРТ/7-14 - 35 000,00 грн СТАНДАРТ+/1-6 - 50 000,00 грн СТАНДАРТ+/7-14 - 50 000,00 грн
Мінімальний та максимальний розміри страхової премії та/або страхового тарифу	Розмір страхової премії / страхового тарифу Варіанти страхових сум в залежності від варіанту програми: Стандарт - 1 800,00 грн Стандарт + - 3 000,00 грн ВП - 4 800,00 грн СТАНДАРТ/1-6 - 3 600,00 грн СТАНДАРТ/7-14 - 2 700,00 грн СТАНДАРТ+/1-6 - 6 000,00 грн СТАНДАРТ+/7-14 - 4 500,00 грн Розмір страхової премії залежить: - Варіанту наповнення програми страхування - Розміру страхової суми Мінімальна страхова премія – 1 800 грн Максимальна страхова премія – 6 000 грн
Вид, мінімальний та максимальний розміри франшиз	I. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ» Державні, комунальні, відомчі медичні заклади (клас В, С) – без франшизи. Медикаментозне покриття – без франшизи. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. II. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+» Державні, комунальні, відомчі медичні заклади, медичні заклади помірної цінової категорії (клас В, С, А) – без франшизи, медичні заклади високої цінової категорії (клас А1) – франшиза 50%. Медикаментозне покриття – без франшизи. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. III. ВАРІАНТ «ВП» Державні, комунальні, відомчі медичні заклади, медичні заклади помірної цінової категорії, медичні заклади високої цінової категорії (клас В, С, А, А1) – без франшизи, бренодові заклади (клас А2) – франшиза 50% . Медикаментозне покриття – без франшизи. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку

із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору.

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору.

IV. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ/1-6»

Державні, комунальні, відомчі медичні заклади (клас В, С) – без франшизи.

Медикаментозне покриття – без франшизи.

Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору.

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору.

V. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ/7-14»

Державні, комунальні, відомчі медичні заклади (клас В, С) – без франшизи.

Медикаментозне покриття – без франшизи.

Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору.

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору.

VI. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+/1-6»

Державні, комунальні, відомчі медичні заклади, медичні заклади помірної цінової категорії (клас В, С, А) – без франшизи, медичні заклади високої цінової категорії (клас А1) – франшиза 50%.

Медикаментозне покриття – без франшизи.

Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору.

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору.

VII. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+/7-14»

Державні, комунальні, відомчі медичні заклади, медичні заклади помірної цінової категорії (клас В, С, А) – без франшизи, медичні заклади високої цінової категорії (клас А1) – франшиза 50%.

Медикаментозне покриття – без франшизи.

Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання - часова франшиза 60

	календарні дні з початку дії Договору. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань - діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору.
Територія та строк дії Договору страхування	Договір діє на території України. Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані та/або відчужені території України, території, які вийшли з-під контролю органів влади України. Правовий статус і перелік таких територій визначається законодавством України. Строк дії Договору страхування становить 1 рік та зазначається у Договорі страхування.
Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у здійсненні страхових виплат	<u>Не визнається страховим випадком:</u> 1. подія, що відбулась внаслідок вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, у яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину або хуліганства, що спричинили адміністративну та (або) кримінальну відповідальність та призвели до настання страхового випадку; 2. подія, що відбулась внаслідок навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень, незалежно від її психічного стану; 3. захворювання та травми, що стали наслідком вживання алкоголю або наркотичних засобів, в тому числі водіння автотранспортних засобів в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння; 4. захворювання, що є наслідком замаху на самогубство Застрахованої особи, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб; 5. навмисні дії або бездіяльність Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних з виконанням громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до законодавства України; 6. діяння (дія чи бездіяльність, в тому числі свідоме затягування в часі звертання Застрахованої особи за наданням МСД (більше 6 (шести) годин з моменту виявлення перших симптомів захворювання, отруєння чи травми), що призвело при наявності у такої Застрахованої особи хронічного захворювання до його загострення або до погіршення стану протікання вперше виявленого захворювання, внаслідок чого виникла загроза її життю, що значно ускладнило процес лікування та/або призвело до збільшення строку лікування; 7. погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в разі невиконання призначень медичного персоналу та порушення лікувального режиму; 8. випадок, що стався внаслідок надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору (у випадку наявності причинно-наслідкового зв'язку зі страховим випадком); 9. захворювання та стани внаслідок впливу ядерної енергії; 10. подія, що сталася у результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів; 11. захворювання та стани, що є наслідками участі Застрахованої особи у громадських заворушеннях, революціях, заколотах, повстаннях, страйках, путчах, терористичних актах;

	12. захворювання (травми, пошкодження), що є наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту; 13. подія, що виникла в неоплачений період страхування, поза межами періоду дії Договору або поза місцем дії Договору. <u>Страховик не відшкодовує вартість:</u> 1. витрат на благодійні внески, внески в інші страхові компанії та інші організації, що не надають МСД (в т.ч. внески до лікарняних кас); 2. витрат на контрацептиви, харчові добавки, БАДи, стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Вігор тощо), ензими (ферменти) загальної дії (вобензим, флогензим, тощо), препаратів довготривалого або постійного системного прийому поза періодом листка тимчасової непрацездатності (гіпотензивні, протиподагричні, гіпоглікемічні, гіполіпідемічні (стати́ни) тощо), ВАП-20, біостимулятори, в тому числі Айлія, косметичні засоби, придбання загальноукріплюючих препаратів (вакцини, полівітаміни, імуномодулятори) та препаратів/обстежень не за основним захворюванням, пробіотики, засобів гігієни, дитячого харчування, гомеопатичних ліків, дезінфікуючих засобів; забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спайсерами, небулами тощо, також препаратів з переліку державної програми по реімбурсації; 3. придбання препаратів-аналогів гонадотропін-релізінг гормону (золадекс, диферелін тощо), метилпреднізолону (солу-медрол) та замісної терапії, у т.ч. при патологічному клімаксі, синдромі виснажених яєчників, цукровому діабеті, інших захворюваннях ендокринної системи тощо; 4. придбання хондропротекторів, гепатопротекторів; 5. МСД, не передбаченої Договором; МСД не за основним діагнозом, визначеним в медичній документації. 6. допоміжних засобів догляду та товарів медичного призначення (сечо- та калоприймачі, пробірки, вакутайнери, підгузки/пелюшки, одноразовий одяг (халати, маски, бахіли), простирадла, операційні покриття тощо); 7. медичного устаткування, обладнання, техніки, інструментарію для проведення оперативного втручання, пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених та/або втрачених органів (контактні лінзи, слухові апарати, протези, штучні водії ритму, кришталіки (ІОЛ), стенти, шунти, імпланти, конструкції для металоостеосинтезу тощо); 8. придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків, комірців Шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо); 9. витрат на придбання медикаментів не призначених лікарем та (або) понесених Застрахованою особою за власним бажанням та не пов'язаних зі страховим випадком (в тому числі медикаменти, рекомендовані до приймання після виписки із медичного закладу) та при отриманні платної МСД (огляди та консультації лікарів, лабораторні та діагностичні дослідження, тощо); витрат на проведення високовартісних методів обстеження (КТ, МРТ, УЗДГ тощо), якщо вони не були попередньо узгоджені зі Страховиком, але не більш одного разу на страховий рік одного анатомічного відділу по основному діагнозу; 10. обстеження та лікування у цілителів, при застосуванні методів нетрадиційної медицини та/або альтернативної медицини (голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія тощо) та
--	---

	лікування методами, що мають експериментальну або дослідницьку мету, в тому числі препаратами, що проходять апробацію; 11. витрат, що були понесені Застрахованою особою, не в період дії листка непрацездатності; 12. медикаментів та виробів медичного призначення, придбаних поза територією дії Договору, в тому числі не зареєстрованих в Україні. <u>Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:</u> 1. хронічними захворюваннями в стадії ремісії, захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до моменту набуття чинності Договором, та захворювання, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору, крім станів їх загострення, при яких виникла загроза життю та здоров'ю Застрахованої особи; 2. злоякісними новоутвореннями, в тому числі захворюваннями онкогематологічної природи; цукровим діабетом, його наслідками та ускладненнями; туберкульозом та його ускладненнями до моменту встановлення діагнозу; 3. цирозом печінки та інфекційними гепатитами (за винятком гострої форми гепатиту А та Е); 4. вродженими вадами розвитку та спадковими хворобами, пов'язаними з хромосомними порушеннями; 5. віковими та дегенеративно-дистрофічними змінами і захворюваннями та їх ускладненнями за виключенням зняття стійкого больового синдрому до 3-х днів; 6. перериванням вагітності без медичних показань, ведення вагітності; 7. діагностикою та лікуванням сексуальних дисфункцій, безпліддя; 8. проведенням діагностики та лікуванням захворювань, що відносяться до ВІЛ і є синдромом набутого імунodefіциту (СНІД), у тому числі хвороби human T-cell lymphatropik virus type (HTLV) або lymphadenopathy associated virus (LAV) і (або) захворюваннями, які є мутацією чи варіацією СНІДу чи будь-якого іншого синдрому з відповідним найменуванням; 9. діагностикою, призначенням схем лікування та безпосередньо лікуванням класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз тощо), інфекцій, що передаються статевим шляхом з переважним ураженням статевих органів, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, а саме (гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломо вірусна інфекція, трихомоніаз, уріоплазмоз, хламідіоз тощо); ToRCH-інфекції поза загостренням (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес тощо), вірус Епштейн-Барра; 10. пластичними та (або) реконструктивними оперативними втручаннями (включаючи планову герніопластику, ринопластику, септопластику) та косметичними послугами (в тому числі лікування ожиріння), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями; 11. трансплантацією органів та тканин, замороженням та пересадкою живих клітин, в тому числі при виконанні штучного запліднення, пересадкою кісткового мозку; всіма видами протезування; корекцією зору; 12. психічними захворюваннями, психопатією, неврозами, астено-депресивними станами, синдромом хронічної втоми, епілепсією та/або епілептичним синдромом, порушенням мови; 13. психічними розладами та їх ускладненнями;
--	---

	14. гіпертонічною хворобою, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах; 15. дерматологічними захворюваннями (всі види вірусу герпесу, крім гострої фази оперізуючого лишая, оніхомікоз та інші види грибкових захворювань, себорея будь-якого типу, екзема, псоріаз, atopічний дерматит, алопеція, короста, вугрова хвороба, ветіліго, демодекоз, педикульоз., розацеа тощо); 16. демієлінізуючими захворюваннями, дегенеративними захворюваннями нервової системи (розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системними ураженнями сполучної тканини/аутоімунними захворюваннями (системний червоний вовчак, дерматоміозит, системна склеродермія, ревматоїдний артрит, тиреоїдит); 17. саркоїдозом, муковісцидозом, ідеопатичною фіброзуючою альвеолітою, незалежно від клінічної форми та стадії процесу; 18. лікуванням алкогольної та наркотичної залежності та діями Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи; 19. отруєннями та захворюваннями, які є наслідками отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами, або медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря чи з метою самогубства або у стані сп'яніння, а також алкоголем та його сурогатами (спирти, технічні рідини, що містять спирт, розчинники, кислоти тощо (за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами); 20. захворюваннями, що пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів та особливо небезпечними інфекціями (чума, холера, натуральна віспа, сибірська виразка, геморагічні лихоманки тощо); 21. хронічною нирковою та печінковою недостатністю, що вимагає екстракорпоральної детоксикації; 22. профзахворюваннями, відповідно до висновку науково-дослідного інституту професійної патології; 23. захворюваннями, з приводу яких була встановлена інвалідність до початку дії Договору, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи. <u>Страховик не здійснює страхову виплату, якщо мали місце:</u> 1. санаторно-курортне лікування, реабілітаційна терапія, в тому числі після виписки із стаціонару; 2. медичні стани та захворювання, які за медичними показниками не потребували стаціонарної допомоги (можливе амбулаторне лікування); 3. невиконання або порушення вказівок Страховика; 4. укладання Договору у відношенні осіб, що є онкологічно хворими, з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, що страждають важкими нервовими захворюваннями, інвалідів I - II груп. 5. подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про стан свого здоров'я або про факт настання страхового випадку; 6. несвоєчасне повідомлення Застрахованою особою Страховику про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового
--	--

	випадку та розміру витрат та/або несвоєчасне (відповідно до умов Договору) подання документів на страхову виплату. <u>Підставою для відмови у страховій виплаті є:</u> - навмисні дії Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями); - вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; - подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; - несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди; - наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування; - інші підстави, визначені законодавством України.
Ліміти відповідальності Страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків (за наявності), іншими складовими страхового продукту	<u>I. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ»</u> Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А,В,С-100%) – 3 500,00/рік Інфікування COVID – 19: 750,00грн (амбулаторне лікування) Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю: Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – В, С-100%) – 11 500,00/рік Інфікування COVID – 19: 1 500,00грн/рік Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30 днів) – 5000,00/ рік Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – В,С-100%) – в межах страхової суми Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – В,С-100%) – 11 500,00/рік <u>II. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+»</u> Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 5 000,00/рік Інфікування COVID – 19: 1 500,00грн Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю: Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 11 500,00/рік Інфікування COVID – 19: 2 500,00грн/рік Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – 10 000,00/ рік Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – в межах страхової суми

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – А,В,С-100%, А1 – франшиза 50%) – 15 000,00/рік

III. ВАРІАНТ «ВІП»

Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А1,А,В,С-100%, А2 – франшиза 50%) – 10 000,00/рік

Інфікування COVID – 19: 3 000,00грн

Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю:

Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – А1, А, В, С-100%, А2 – франшиза 50%) – 20 000,00/рік

Інфікування COVID – 19: 5 000,00грн/рік

Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – А1, А, В, С-100%, А2 – франшиза 50%) – в межах страхової суми

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – А,В,С-100%, А1, А2 – франшиза 50%) – 15 000,00/рік

IV. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ/1-6»

Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А,В,С-100%) – 3 500,00/рік

Інфікування COVID – 19: 750,00грн (амбулаторне лікування)

Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю:

Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – В, С-100%) – 11 500,00/рік

Інфікування COVID – 19: 1 500,00грн/рік

Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30 днів) – 5000,00/ рік

Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – В,С-100%) – в межах страхової суми

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – В,С-100%) – 11 500,00/рік

V. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ/7-14»

Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А,В,С-100%) – 3 500,00/рік

Інфікування COVID – 19: 750,00грн (амбулаторне лікування)

Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю:

Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – В, С-100%) – 11 500,00/рік

Інфікування COVID – 19: 1 500,00грн/рік

Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30 днів) – 5000,00/ рік

Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – В,С-100%) – в межах страхової суми

Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – В,С-100%) – 11 500,00/рік

	VI. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+/1-6» Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 5 000,00/рік Інфікування COVID – 19: 1 500,00грн Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю: Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 11 500,00/рік Інфікування COVID – 19: 2 500,00грн/рік Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – 10 000,00/ рік Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – в межах страхової суми Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – А,В,С-100%, А1 – франшиза 50%) – 15 000,00/рік VII. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ+/7-14» Амбулаторно-поліклінічна допомога, денний стаціонар (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 5 000,00/рік Інфікування COVID – 19: 1 500,00 грн Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – в межах ліміту профілю: Стаціонарна допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – 11 500,00/рік Інфікування COVID – 19: 2 500,00грн/рік Травматичні ушкодження, отримані внаслідок військових дій на території України (лікування строком до 30днів) – 10 000,00/ рік Швидка/невідкладна медична допомога (клас медичних закладів – А, В, С-100%, А1 – франшиза 50%) – в межах страхової суми Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань (клас медичних закладів – А,В,С-100%, А1 – франшиза 50%) – 15 000,00/рік.
Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат:	У випадку необхідності отримання Застрахованою особою МСД (крім послуг невідкладної медичної допомоги), Застрахована особа звертається до медичного закладу, попередньо узгодженого із Страховиком. МСД (крім послуг невідкладної медичної допомоги) Застрахованій особі надається медичними закладами за умови повідомлення медичному закладу Застрахованою особою номеру Договору та пред'явлення документу, що посвідчує особу. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це Страховика неможливо до початку її отримання, таке повідомлення здійснюється відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо. Страхова виплата визначається виходячи з розміру фактичних витрат на медико-санітарну та іншу допомогу Застрахованій особі, попередньо погоджених зі Страховиком, на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг

	Застрахованою особою та їх вартість із врахуванням лімітів відповідальності та страхових сум. Розмір страхової виплати не може перевищувати страхову суму, та ліміти по окремим видам медичної допомоги, медичних та інших послуг, встановлених Варіантом Програми за Договором страхування для Застрахованої особи. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи. Страховик у строк не більше 10 (десяти) робочих днів від дня одержання всіх документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, приймає рішення про страхову виплату (або відмову у страховій виплаті), та здійснює страхову виплату або повідомляє Застраховану особу в письмовій формі про відмову у страховій виплаті з обґрунтуванням причин відмови. Варіанти виплати страхового відшкодування: Шляхом оплати вартості МСД виробника (надавача) МСД здійснюється у відповідності до договорів укладених між Страховиком та виробником (надавачем) МСД. У випадках, коли Застрахована особа самостійно організовувала та/або оплачувала послуги відповідно до умов Договору страхування, Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі (або Вигодонабувачу). У випадку, якщо за одним страховим випадком подаються документи на відшкодування витрат і виробника (надавача) МСД, і Застрахованої особи, Страховик спочатку на підставі необхідних документів виробника (надавача) МСД, приймає рішення про оплату вартості МСД, а після цього, на підставі заяви та документів Застрахованої особи приймає рішення про відшкодування витрат Застрахованої особи в сумі в межах залишку ліміту відповідальності по цьому страховому випадку.
Можливі наслідки для споживача в разі невиконання ним обов'язків, визначених Договором страхування.	У разі несвоєчасної сплати Страхувальником страхової премії в обсязі та в строки, визначені Договором страхування, Договір страхування вважається таким, що ненабув чинності. У разі несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) в обсязі та строки, встановлені Договором страхування, дія страхового захисту зупиняється та страхові виплати не здійснюються Страховиком. У разі невиконання Застрахованою особою обов'язків, визначених Договором страхування, включаючи несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних причин – Страховик має право відмовити Застрахованій особі у здійсненні страхової виплати, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини, обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків).
Інформація про можливість придбати страховий	Страховий продукт «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» за Програмою «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДП «ЗАПОРІЗЬКЕ МАШИНОБУДІВНЕ КБ «ПРОГРЕС» ім. Ак. О.Г. ІВЧЕНКА» не пропонується разом із супутнім та/або додатковими товарами, роботою

продукт окремо, якщо такий продукт пропонується разом із супутнім та/ або додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору.	або послугами, що не є страховими, як складова одного пакета або договору.
Умови отримання знижки на страховий продукт та акційні пропозиції пропозиції страховика (за наявності), включаючи термінів дії	ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» не надає знижки на страховий продукт «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» за Програмою «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ДП «ЗАПОРІЗЬКЕ МАШИНОБУДІВНЕ КБ «ПРОГРЕС» ім. Ак. О.Г. ІВЧЕНКА», акційних пропозицій не передбачено.