

**ОФЕРТА (ПУБЛІЧНА ЧАСТИНА) Договору медичного страхування
за Програмою «Медичне страхування працівників АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ»**

м. Київ

«18» березня 2024 року

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ця Оферта (публічна частина) Договору медичного страхування за Програмою «Медичне страхування працівників АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ» (далі – Оферта) підписана уповноваженим представником Страховика із застосуванням кваліфікованого електронного підпису (далі – КЕП), розміщена на вебсайті Страховика https://interexpress.com.ua/wp-content/uploads/2024/uz_med/Oferta_meed_uz_new.pdf є офіційною публічною пропозицією Приватного акціонерного товариства «Страхова компанія «ІнтерЕкспрес» (далі - Страховик), що адресується невизначеному колу клієнтів - дієздатних фізичних осіб, які є працівниками АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ» або є членами їх родини (далі - Страхувальники), укласти зі Страховиком Договір медичного страхування за Програмою «Медичне страхування працівників АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ» (далі – Договір страхування, Договір) шляхом приєднання.

1.2. Договір страхування укладається за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування, згідно з Цивільним кодексом України, Законами України «Про страхування», «Про електронну комерцію», іншими нормативно-правовими актами, відповідно до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування», затверджених Рішенням Правління ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» від 10.03.2025 № 5/25, введені в дію з 22.03.2025, https://interexpress.com.ua/wp-content/uploads/2024/med_insurance/Knowledge_of_the_insurance_product_Medical_Insurance_new.pdf.

1.3. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитися з умовами страхування, інформацією про фінансову послугу, інформацією про Страховика, що розміщені на вебсайті Страховика в мережі Інтернет <https://www.interexpress.com.ua>.

1.4. Для укладення Договору страхування Страхувальник знайомиться з цією Офертою, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування, та має підтвердити надання згоди на обробку персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

1.5. Відповідно до зазначених Страхувальником відомостей та обраних ним умов страхування формується в електронному вигляді Договір медичного страхування (індивідуальна частина) за Програмою «Медичне страхування працівників АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ» (далі – Індивідуальна частина Договору), який містить індивідуальні умови Договору страхування. Направленням Страхувальнику Індивідуальної частини Договору Страховик вважає себе зобов'язаним, якщо Страхувальник прийме пропозицію укласти Договір страхування шляхом підписання ним Індивідуальної частини Договору.

1.6. Для підписання Страхувальником Індивідуальної частини Договору Страхувальнику надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону та/або електронну адресу, який Страхувальник вводить у спеціально передбаченому місці на вебсторінці в мережі Інтернет та підтверджує його введення. В результаті цього електронний підпис одноразовим ідентифікатором Страхувальника додається до Індивідуальної частини Договору;

1.7. Після підписання Індивідуальної частини Договору Страхувальником, цю Індивідуальну частину Договору підписує Страховик із застосуванням КЕП уповноваженої особи.

1.8. Договір страхування вважається укладеним з моменту підписання Індивідуальної частини Договору Сторонами.

1.9. Індивідуальна частина Договору містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, дату укладання, об'єкт страхування, строк дії Договору та інші індивідуальні умови Договору страхування.

1.10. На вказану Страхувальником адресу електронної пошти (або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником) надсилається Індивідуальна частина Договору у форматі .pdf, підписана Сторонами, та Оферта у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, які разом містять істотні умови договору страхування згідно з законодавством України та підтверджують укладання Договору у формі електронного документа.

1.11. Якщо Індивідуальна частина Договору укладена Сторонами у паперовій формі, примірник Індивідуальної частини Договору надається Страхувальнику одразу після її підписання Сторонами. Оферта

у форматі .pdf, підписана Страховиком із застосуванням КЕП уповноваженої особи, надсилається Страхувальнику на вказану ним адресу електронної пошти або інші засоби електронного зв'язку, вказані Страхувальником.

1.12. Договір страхування складається з цієї Оферти та Індивідуальної частини Договору, що є невід'ємними частинами Договору.

2. СТРАХОВІ РИЗИКИ

2.1. На страхування приймаються наступні ризики:

- 2.1.1. Гостре захворювання;
- 2.1.2. Загострення хронічного захворювання;
- 2.1.3. Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

2.2. Страховий випадок – настання події з переліку, зазначеному в п.п. 2.1.1.- 2.1.3. цієї Оферти, ризик виникнення якої застрахований за Договором страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором згідно з обраним Страхувальником Варіантом Програми страхування, або шляхом оплати їх вартості.

3. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. 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.

3.2. У разі, якщо при укладенні Договору Страхувальник надав недостовірні відомості про об'єкт страхування, і виявляться обставини за якими Застрахована особа підпадає під дію пункту 3.1. цієї Оферти, Договір підлягає розірванню щодо такої Застрахованої особи відповідно до умов п. 5.8. цієї Оферти.

3.3. Не визнається страховим випадком:

3.3.1. 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;

3.3.2. подія, що відбулась внаслідок навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень, незалежно від її психічного стану;

3.3.3. захворювання та травми, що стали наслідком вживання алкоголю або наркотичних засобів, в тому числі водіння автотransпортних засобів в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

3.3.4. 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;

3.3.5. 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;

3.3.6. діяння (дія чи бездіяльність, в тому числі свідоме затягування в часі звертання Застрахованої особи за наданням медико-санітарної допомоги (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;

3.3.7. погіршення стану здоров'я Застрахованої особи в разі невиконання призначень медичного персоналу та порушення лікувального режиму;

3.3.8. 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);

3.3.9. захворювання та стани внаслідок впливу ядерної енергії;

3.3.10. подія, що сталася у результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів;

3.3.11. захворювання та стани, що є наслідками участі Застрахованої особи у громадських заворушеннях, революціях, заколотах, повстаннях, страйках, путчах, терористичних актах;

3.3.12. 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;

3.3.13. подія, що виникла в неоплачений період страхування, поза межами періоду дії Договору або поза місцем дії Договору.

3.4. Страховик не відшкодовує вартість:

3.4.1. витрат на благодійні внески, внески в інші страхові компанії та інші організації, що не надають медико-санітарну допомогу (в т.ч. внески до лікарняних кас);

3.4.2. 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 (статиї) 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, дезинфікуючих засобів; забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спайсерами, небулами тощо, також препаратів з переліку державної програми по реімбурсації;

3.4.3. придбання препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг 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;

3.4.4. придбання хондропротекторів, гепатопротекторів;

3.4.5. медико-санітарної допомоги, не передбаченої Договором або не за основним діагнозом, визначеним в медичній документації;

3.4.6. допоміжних засобів догляду та товарів медичного призначення (сечо- та калоприймачі, пробірки, вакутайнери, підгузки/пелюшки, одноразовий одяг (халати, маски, бахіли), простирадла, операційні покриття тощо);

3.4.7. 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);

3.4.8. придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків, комірців Шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо);

3.4.9. 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 медико-санітарної допомоги (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;

3.4.10. обстеження та лікування у цілителів, при застосуванні методів нетрадиційної медицини та/або альтернативної медицини (голкорексфлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, гірудотерапія тощо) та лікування методами, що мають експериментальну або дослідницьку мету, в тому числі препаратами, що проходять апробацію;

3.4.11. витрат, що були понесені Застрахованою особою, не в період дії листка непрацездатності;

3.4.12. медикаментів та виробів медичного призначення, придбаних поза територією дії Договору, в тому числі не зареєстрованих в Україні.

3.5. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

3.5.1. 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;

3.5.2. злоякісними новоутвореннями, в тому числі захворюваннями онкогематологічної природи; цукровим діабетом, його наслідками та ускладненнями; туберкульозом та його ускладненнями до моменту встановлення діагнозу;

3.5.3. цирозом печінки та інфекційними гепатитами (за винятком гострої форми гепатиту А та Е);

3.5.4. вродженими вадами розвитку та спадковими хворобами, пов'язаними з хромосомними порушеннями;

3.5.5. віковими та дегенеративно-дистрофічними змінами і захворюваннями та їх ускладненнями за виключенням зняття стійкого больового синдрому до 3 (трьох) днів;

3.5.6. перериванням вагітності без медичних показань, ведення вагітності;

3.5.7. діагностикою та лікуванням сексуальних дисфункцій, безпліддя;

3.5.8. проведенням діагностики та лікуванням захворювань, що відносяться до ВІЛ і є синдромом набутого імунodefіциту (СНІД), у тому числі хвороби human T-cell lymphotropic 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;

3.5.9. 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;

3.5.10. 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;

3.5.11. трансплантацією органів та тканин, замороженням та пересадкою живих клітин, в тому числі при виконанні штучного запліднення, пересадкою кісткового мозку; всіма видами протезування; корекцією зору;

3.5.12. психічними захворюваннями, психопатією, неврозами, астено-депресивними станами, синдромом хронічної втоми, епілепсією та/або епілептичним синдромом, порушенням мови;

3.5.13. психічними розладами та їх ускладненнями;

3.5.14. гіпертонічною хворобою, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;

3.5.15. 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, alopecія, короста, вугрова хвороба, ветіліго, демодекоз, педикульоз., розацеа тощо);

3.5.16. 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);

3.5.17. саркоїдозом, муковісцидозом, ідеопатичною фіброзуючою альвеолітою, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

3.5.18. 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;

3.5.19. 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);

3.5.20. 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);

3.5.21. хронічною нирковою та печінковою недостатністю, що вимагає екстракорпоральної детоксикації;

3.5.22. профзахворюваннями, відповідно до висновку науково-дослідного інституту професійної патології;

3.5.23. захворюваннями, з приводу яких була встановлена інвалідність до початку дії Договору, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи.

3.6. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо мали місце:

3.6.1. санаторно-курортне лікування, реабілітаційна терапія, в тому числі після виписки із стаціонару;

3.6.2. медичні стани та захворювання, які за медичними показниками не потребували стаціонарної допомоги (можливе амбулаторне лікування);

3.6.3. невиконання або порушення вказівок Страховика;

3.6.4. подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про стан свого здоров'я або про факт настання страхового випадку;

3.6.5. 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.

4. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Строк дії Договору зазначається Сторонами в п.1.7. Індивідуальної частини Договору.

4.2. Страхове покриття за Договором починає діяти з 00 годин 00 хвилин 01 числа календарного місяця, наступного після дати сплати страхової премії в обсязі та строки, встановлені п.п. 1.5. та 1.6. Індивідуальної частини Договору, але не раніше, ніж зазначено у Договорі як дата початку його дії та припиняється о 24 годині дня, зазначеного в п. 1.7. Індивідуальної частини Договору як дата його закінчення.

4.3. Страховий захист діє протягом усього строку дії Договору, окрім випадків зупинення дії страхового покриття через несплату Страхувальником чергової частини страхової премії (при сплаті Страхувальником страхової премії частинами) в обсязі та строки, встановлені в п.п. 1.5. та 1.6. Індивідуальної частини Договору:

4.3.1. якщо друга чи наступна частини страхової премії в повному обсязі не надійшла (и) в строки, визначені в п. 1.6. Індивідуальної частини Договору як строк сплати частини страхової премії, дія страхового покриття за Договором страхування (зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату в разі настання страхового випадку) зупиняється після завершення 24 години (за київським часом) дня, до якого Страхувальник має сплатити частину страхової премії згідно з умовами п.1.6. Індивідуальної частини Договору;

4.3.2. у разі сплати Страхувальником простроченої частини страхової премії Страхове покриття поновлює дію з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, наступного за днем надходження простроченої частини страхової премії на поточний рахунок Страховика.

4.4. З моменту зупинення дії страхового покриття та до моменту відновлення дії страхового покриття, згідно з п.п. 4.3.1. – 4.3.2. Оферти, страховий захист за Договором не діє, і Страховик не несе зобов'язань щодо здійснення страхової виплати за подіями, що сталися у період зупинення дії страхового покриття за Договором. При цьому, строк дії Договору, зазначений в п. 1.7. Індивідуальної частини Договору, не змінюється.

4.5. 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.

5. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Внесення змін та доповнень до Договору здійснюється Сторонами письмово та оформлюється додатковим договором, який є невід'ємною складовою частиною Договору страхування.

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

1) закінчення строку дії Договору;

2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем у повному обсязі;

3) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4) набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору страхування недійсним;

5) в інших випадках, передбачених законодавством України.

5.3. Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика.

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

5.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п. 1.8. Індивідуальної частини Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

5.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

5.8. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору в розмірі, визначеному в п. 1.8. Індивідуальної частини Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

5.9. Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії Договору.

6. СТРАХОВА СУМА. ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ТА СТРОКИ СПЛАТИ СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ

6.1. страхова сума, розмір якої визначається відповідно до обраного Страхувальником Варіанту Програми страхування під час укладення Договору страхування, зазначається в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору.

6.2. Ліміти відповідальності та розмір безумовної франшизи (у разі застосування) визначаються за Договором відповідно до обраного Страхувальником Варіанту Програми страхування, зазначеного в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору.

6.3. В межах строку дії Договору встановлений строк страхового покриття, який починається після закінчення строку часової франшизи, визначеної у відповідному Варіанті Програми страхування.

6.4. Страховий тариф, розмір страхової премії, яку має сплатити Страхувальник, зазначається в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору згідно з обраним Страхувальником Варіантом Програми страхування.

6.5. Страхувальник може обрати наступний спосіб сплати страхової премії:

6.5.1. річна страхова премія сплачується на поточний рахунок Страховика одноразовим платежем в день укладання Договору або

6.5.2. річна страхова премія сплачується щомісячним регулярним платежем у розмірі 1/12 розміру страхової премії, зазначеної в п. 1.5. Індивідуальної частини Договору. При цьому перша частина річної страхової премії сплачується Страхувальником у день укладання Договору, а інші частини страхової премії сплачуються Страхувальником до 01 числа кожного календарного місяця дії Договору.

6.6. Порядок і строки сплати страхової премії зазначаються в п. 1.6. Індивідуальної частини Договору.

6.7. Якщо Страхувальник обрав спосіб сплати страхової премії щомісячним регулярним платежем відповідно до пункту 1.6. Індивідуальної частини Договору і не сплатив (або сплатив не повному розмірі) чергову частину страхової премії за Договором, Страховик не несе зобов'язань по здійсненню страхових виплат по страховим випадкам за Договором з 00 годин 00 хвилин дня наступного за днем зазначеного в Договорі, як дата сплати будь-якої частини страхової премії. Зобов'язання Страховика по здійсненню страхових виплат за Договором поновлюються з 00 годин 00 хвилин дня наступного після дати сплати Страхувальником страхового платежу за Договором, при цьому строк дії Договору не продовжується.

6.8. Датою сплати страхової премії (чергової частини страхової премії) вважається дата надходження грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. до укладання Договору отримати від Страховика інформацію щодо умов страхового продукту та Договору, інформацію про Страховика та іншу інформацію, визначену законодавством України;

7.1.2. при настанні страхового випадку отримати страхову виплату в порядку та на умовах передбачених Договором;

7.1.3. призначити Вигодонабувача, а також, змінити його до настання страхового випадку шляхом ініціювання внесення змін до Договору .

7.1.4. отримувати від Страховика інформацію та документи щодо стану виконання Договору;

7.1.5. припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

7.1.6. реалізовувати інші права, передбачені Договором та законодавством України.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. перед укладенням Договору поінформувати Страховика про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором та повідомити Страховику про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, в тому числі у Вигодонабувача (у разі призначення);

7.2.2. повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (у разі призначення);

7.2.3. сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором;

7.2.4. ознайомити Вигодонабувача (у разі призначення) з умовами Договору (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у страховій виплаті);

7.2.5. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором;

7.2.6. виконувати рекомендації Страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику;

7.2.7. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;

7.2.8. виконувати інструкції Страховика, компетентних органів або їх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;

7.2.9. надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків;

7.2.10. надати Страховику можливість розслідувати причини та обставини страхового випадку;

7.2.11. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України.

7.3. Страховик має право:

7.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем, а також виконання ним(и) вимог та умов Договору;

7.3.2. з'ясовувати причини, обставини і наслідки страхового випадку, звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування»;

7.3.3. здійснювати запис телефонних розмов, що стосується подій, які мають ознаки страхового випадку;

7.3.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором та законодавством України;

7.3.5. достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому Договором;

7.3.6. реалізовувати інші права, передбачені Договором та законодавством України.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. перед укладанням Договору страхування надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та про Страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору або про відмову від укладання Договору;

7.4.2. встановити факт, причини та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором;

7.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов Договору.

7.4.4. у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника або Вигодонабувача у строки визначені Договором з обґрунтуванням причин відмови;

7.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника/ Застраховану особу/ Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;

7.4.6. виконувати інші обов'язки, встановлені Договором та законодавством України.

8. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження, відразу після настання страхового випадку, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у несприятливому

стані тощо), повідомити Страховика про настання страхового випадку – звернутися до Страховика за телефоном, зазначеним у Договорі та отримати інформацію щодо подальших дій.

Телефон контакт-центру Страховика:

0 (800) 755-017, (050) 441-59-36, (044) 228-16-54, (044) 287-47-16;

Для осіб, застрахованих за Варіантом Програми «ВІП УЗ» - обслуговування здійснюється за телефоном: 0800210553.

8.2. При зверненні до Страховика, Застрахованій особі необхідно надати лікарю-координатору наступну інформацію:

- прізвище, ім'я, по батькові;
- номер Договору;
- причину звернення;
- контактний телефон, адресу місцезнаходження.

8.3. У випадку необхідності отримання Застрахованою особою МСД (крім послуг невідкладної медичної допомоги), Застрахована особа звертається до медичного закладу, попередньо узгодженого із Страховиком.

8.4. Медико-санітарна допомога (крім послуг невідкладної медичної допомоги) надається Застрахованій особі медичними закладами за умови повідомлення медичному закладу Застрахованою особою номеру Договору та пред'явлення документу, що посвідчує особу.

8.5. 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.

9. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ВИТРАТ

9.1. Факт настання страхового випадку підтверджується:

- медичним закладом (крім фармацевтичного (аптечного) закладу), в якому лікувалася та обстежувалася Застрахована особа, шляхом оформлення первинно-реєстраційної картки Застрахованої особи, акту про надану медико-санітарну допомогу по закінченні страховим випадком, рахунку (за потреби) та довідки із зазначенням діагнозу (згідно МКБ-10), періоду лікування, вартості лікування з переліком наданої медико-санітарної допомоги;

- фармацевтичним (аптечним) закладом – реєстру, рецепта або вимоги, на підставі яких фармацевтичний (аптечний) заклад видав медикаменти Застрахованій особі, що засвідчені підписом Застрахованої особи про отримання медикаменту, а також рахунку фармацевтичного (аптечного) закладу.

Вказані вище документи повинні бути обов'язково завірені печаткою виробника (надавача) МСД.

9.2. Оплата вартості МСД виробника (надавача) МСД здійснюється у відповідності до договорів укладених між Страховиком та виробником (надавачем) МСД.

9.3. 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).

9.4. Застрахована особа повинна не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів від дати виписки з медичного закладу, надати Страховику оригінали або належним чином завірені копії наступних документів:

9.4.1. оригінал заяви про страхову виплату (форма заяви встановлюється Страховиком);

9.4.2. копію листка тимчасової непрацездатності;

9.4.3. оригінал (або за погодженням із Страховиком належним чином завірену копію) довідки медичного закладу (виписка з історії хвороби стаціонарного хворого, виписка з амбулаторної картки хворого, консультативний висновок, акт виконаних робіт тощо) з визначеним діагнозом Застрахованої особи, датою звернення до медичного закладу, переліком наданих МСД із зазначенням їх вартості та призначених в зв'язку з даним захворюванням МСД та медикаментів, завірену підписом лікаря, печаткою лікаря та медичного закладу; оригінали рахунків та/або накладних, товарних чеків, у яких зазначений перелік, кількість та вартість придбаних медикаментів, виробів медичного призначення, МСД (у випадку придбання медикаментів, виробів медичного призначення, МСД необхідно додати копію ліцензії на право здійснення такого виду діяльності);

9.4.4. копію листка спостереження відділення реанімації та інтенсивної терапії або палати інтенсивної терапії (за умови перебування в таких);

9.4.5. оригінал довідки про екстрену госпіталізацію (при потребі) завірену печаткою медичного закладу;

9.4.6. оригінал листка призначень лікаря (при потребі) завірений печаткою медичного закладу;

9.4.7. копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номеру) Застрахованої особи;

9.4.8. копії паспорта громадянина України у формі книжечки (1,2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) або ксерокопії паспорта громадянина України у формі пластикової картки з обох сторін (ID-картки) особи, що отримує страхову виплату;

9.4.9. оригінали документів, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення – документів, що підтверджують понесені витрати (касовий (фіскальний) чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) за період лікування. У випадку придбання медикаментів / виробів медичного призначення в надавачів МСД, що належать фізичним особам-підприємцям, необхідно додати копію ліцензії на право здійснення даного виду діяльності, копію Витягу з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, копії свідоцтва платника податків за поточний рік;

9.4.10. у випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат; копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номеру) спадкоємця; копію паспорту спадкоємця;

9.4.11. у передбачених законом випадках та за запитом Страховика Страхувальник/ Застрахована особа (або Вигодонабувач) зобов'язані надати документи передбачені законодавством України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;

9.4.12. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, обставин та/або наслідків страхового випадку.

9.5. Зобов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Застраховану особу (або Вигодонабувача).

9.5. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірених копій. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

9.6. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

10. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

10.1. 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, відповідно до розділу 9 цієї Оферти.

10.2. 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.

10.3. 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.

10.4. 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.

10.5. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду.

10.6. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно наданих Застрахованою особою документів, строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств, установ, які володіють необхідною інформацією.

10.7. 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.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

11.1.1. 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);

11.1.2. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

11.1.3. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. 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;

11.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

11.1.6. інші підстави, визначені законодавством України.

12. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

12.1. Сторони несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору згідно з законодавством України.

12.2. Страховик не надаватиме страхове покриття за Договором і не нестиме обов'язку та відповідальності стосовно надання послуги за Договором, якщо надання послуги поставить Страховика під загрозу застосування будь-яких санкцій, заборон чи обмежень Організації Об'єднаних Націй або торгових чи економічних санкцій, закону і правил Європейського Союзу, Сполученого Королівства та Сполучених Штатів Америки.

12.3. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені у розмірі **0,01%** суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла за період прострочення.

12.4. Сторона Договору звільняється від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Претензії та скарги щодо надання страхових послуг за Договором страхування приймаються Страховиком у письмовому вигляді, шляхом направлення їх на адресу Страховика:

вул. Володимирська, 69, м. Київ, 01033, Україна (в електронному вигляді на адресу електронної пошти med@interexpress.com.ua; office@interexpress.com.ua).

13.2. Спори щодо виконання умов Договору страхування вирішуються шляхом переговорів.

13.3. При неможливості врегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку згідно з законодавством України.

Додаток: Програма «Медичне страхування працівників АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ».

ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес»

вул. Володимирська, 69, м. Київ, 01033, Україна
 +38 (044) 228-16-54; +38 (044) 287-47-16; +38 (050) 441-59-36
 Код ЄДРПОУ 33097568;
<https://www.interexpress.com.ua>
med@interexpress.com.ua; office@interexpress.com.ua



ПРОГРАМА «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ АТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ»

I. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ УЗ»

- 1. Страхова сума (грн.) - 100 000,00**
- 2. Страховий тариф - 1,80%**
- 3. Страхова премія (грн. на рік) - 1 800,00**
- 3.1. Страхова премія (грн. на місяць) - 150,00**
- 4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щомісячно.**

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;
- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги;

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами.

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показаннями та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;
- 7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція,

індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);

7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.

7.14. Програмою не передбачено оплата вартості перебування Застрахованої особи в палатах лікарень філії ЦОЗ АТ Укрзалізниця із метою збільшення можливості проведення діагностичних процедур та медикаментозного забезпечення.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога

8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги

8.3. Ліквідація гострого зубного болю

8.4. Анестезіологічна допомога

8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями

8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;

9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – **10 000 грн.**

10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - **5 000,00 грн.**

10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - **5 000,00 грн.**

10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – **5 000,00 грн.**

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб:

11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу листка непрацездатності для працівників, крім п. 8 (Невідкладна медична стоматологічна допомога);

11.2. Загальна кількість днів госпіталізації не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).

11.3. Один з високотехнологічних методів обстеження (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрокулографія, аортокоронарографія, ангіографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією, не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Медичні заклади обслуговування:

12.1 **Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклало Договір на обслуговування застрахованих осіб.**

12.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 страховий випадок:

12.2.1 Амбулаторна допомога та денний стаціонар- **до 1 500,00 грн**

12.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – **до 3 000,00 грн**

- хірургічний профіль з оперативним втручанням - **до 4 000,00 грн**

- пологове відділення - **до 3 000,00 грн**

12.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - **до 1 500,00 грн**

12.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – **до 2 000,00 грн**

- стаціонарне лікування - **до 4 000,00 грн**

*За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.

12.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – **до 2 000,00 грн**

- стаціонарне лікування - **до 4 000,00 грн**

12.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах виключно за погодженням із Страховиком.

12.4. Послуги, отримані в закладах державної та комунальної форм власності **поза переліком базових медичних закладів відшкодовуються у розмірі 100%** відповідно до умов Договору із врахуванням лімітів п. 12.2. Програми шляхом компенсації підтверджених витрат безпосередньо застрахованій особі. При цьому Страховик не вимагає направлення із базового медичного закладу (застрахована особа може сама обирати медичний заклад).

12.5. При необхідності та за побажанням Застрахованої особи можлива **організація доставки медикаментів** та виробів медичного призначення у небазові медичні заклади та/або застрахованій особі за умови підтвердження відповідних призначень лікуючим лікарем.

II. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ УЗ+»

1. **Страхова сума (грн.) - 120 000,00**
2. Страховий тариф - 2,50%
3. Страхова премія (грн. на рік) - **3 000,00**
- 3.1. **Страхова премія (грн. на місяць) - 250,00**
4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щомісячно.

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;
- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги;

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення ;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами .

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показами та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів

грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;

7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангиографії та ін.) за погодженням із Страховиком;

7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;

7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція, індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);

7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.

7.14. Програмою не передбачено оплата вартості перебування Застрахованої особи в палатах лікарень філії ЦОЗ АТ Укрзалізниця із метою збільшення можливості проведення діагностичних процедур та медикаментозного забезпечення.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога

8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги

8.3. Ліквідація гострого зубного болю

8.4. Анестезіологічна допомога

8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями

8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;

9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – **15 000 грн.**

10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - **10 000,00 грн.**

10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - **10 000,00 грн.**

10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – **7 000,00 грн.**

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб

11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу листка непрацездатності для працівників, окрім п. 8 (Стоматологічна допомога).

11.2. Загальна кількість днів госпіталізації не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).

11.3. Один з високотехнологічних методів обстеження (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрикулографія, аортокоронарографія, ангиографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією, не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Медичні заклади обслуговування

12.1 Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклала Договір на обслуговування застрахованих осіб.

12.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 (один) страховий випадок:

12.2.1. Амбулаторна допомога та денний стаціонар- до **2 500,00 грн**

12.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – до **4 500,00 грн;**

- хірургічний профіль з оперативним втручанням - до **5 500,00 грн;**

- пологове відділення - до **4 500,00 грн.**

12.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - до **1 500,00 грн;**

12.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – до **2 000,00 грн;**

- стаціонарне лікування - до **4 000,00 грн.**

*За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.

12.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – до **2 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - до **4 000,00 грн**

12.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах, можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах за погодженням із Страховою компанією.

12.4. Послуги, отримані в закладах державної та комунальної форм власності поза переліком базових медичних закладів відшкодовуються у розмірі 100% відповідно до умов Договору із врахуванням п.п. 12.1. та 12.2. Програми шляхом компенсації підтверджених витрат безпосередньо застрахованій особі. При цьому Страховик не вимагає направлення із базового медичного закладу (застрахована особа може сама обирати медичний заклад).

12.5. При необхідності та за побажанням Застрахованої особи можлива організація доставки медикаментів та виробів медичного призначення у небазові медичні заклади та/або застрахованій особі за умови підтвердження відповідних призначень лікуючим лікарем.

III. ВАРІАНТ «Еліт УЗ»

1. **Страхова сума (грн.) - 200 000,00**
2. Страховий тариф - 2,40%
3. Страхова премія (грн. на рік) – **4 800,00**
- 3.1. **Страхова премія (грн. на місяць) - 400,00**
4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щомісячно.

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;
- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги.

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення ;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами.

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;

- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показами та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;
- 7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція, індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);
- 7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.
- 7.14. Програмою не передбачено оплата вартості перебування Застрахованої особи в палатах лікарень філії ЦОЗ АТ Укрзалізниця із метою збільшення можливості проведення діагностичних процедур та медикаментозного забезпечення.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

- 8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога
- 8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги
- 8.3. Ліквідація гострого зубного болю
- 8.4. Анестезіологічна допомога
- 8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями
- 8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

- 9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;
- 9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

- 10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – 30 000 грн.
- 10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - 15 000,00 грн.
- 10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - 15 000,00 грн.
- 10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – 10 000,00 грн.

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб

- 11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу листка непрацездатності для працівників, окрім п. 8 (Стоматологічна допомога).
- 11.2. Загальна кількість днів госпіталізації не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).
- 11.3. Один з високотехнологічних методів обстеження (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрокулографія, аортокоронарографія, ангіографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією, не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Медичні заклади обслуговування

- 12.1 Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклала Договір на обслуговування застрахованих осіб.
- 12.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 страховий випадок:

12.2.1. Амбулаторна допомога та денний стаціонар- до **4 000,00 грн**

12.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – до **6 000,00 грн**
- хірургічний профіль з оперативним втручанням - до **7 000,00 грн**
- пологове відділення - до **6 000,00 грн**

12.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - до **1 500,00 грн**

12.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – до **3 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - до **10 000,00 грн**

*За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.

12.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – до **3 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - до **10 000,00 грн**

12.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах, можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах за погодженням із Страховою компанією, в тому числі комерційних низької та середньої цінової категорії.

12.4. Послуги, отримані в закладах державної та комунальної форм власності поза переліком базових медичних закладів відшкодовуються у розмірі 100% відповідно до умов Договору із врахуванням пп. 12.1. та 12.2. Програми шляхом компенсації підтверджених витрат безпосередньо застрахованій особі. При цьому Страховик не вимагає направлення із базового медичного закладу (застрахована особа може сама обирати медичний заклад).

12.5. При необхідності та за побажанням Застрахованої особи можлива організація доставки медикаментів та виробів медичного призначення у небазові медичні заклади та/або застрахованій особі за умови підтвердження відповідних призначень лікуючим лікарем.

IV. ВАРІАНТ «ВІП УЗ»

1. **Страхова сума (грн.) - 250 000,00**
2. Страховий тариф – 2,880%
3. Страхова премія (грн. на рік) – 7 200,00
- 3.1. **Страхова премія (грн. на місяць) - 600,00**
4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щоквартально, щомісячно

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;
- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги.

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення ;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами .

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показаннями та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;
- 7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція, індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);
- 7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

- 8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога
- 8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги
- 8.3. Ліквідація гострого зубного болю
- 8.4. Анестезіологічна допомога
- 8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями
- 8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

- 9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;
- 9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

- 10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – **35 000 грн.**
- 10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - **20 000,00 грн.**
- 10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - **20 000,00 грн.**
- 10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – **12 000,00 грн.**

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб

- 11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу **листка непрацездатності** для працівників, **окрім п. 8 (Невідкладна медична стоматологічна допомога) та 12.1.**
- 11.2. Загальна **кількість днів госпіталізації** не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).
- 11.3. Один з **високотехнологічних методів обстеження** (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрокулографія, аорткоронарографія, ангіографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією,

не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Бонусні опції.

12.1. Первинний консультативний прийом лікарем відповідного профілю Застрахованої особи без видачі листка непрацездатності, що включає діагностику до постановки діагнозу (в тому числі КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангиографії, проведення функціональних, ультразвукових, ендоскопічних, рентгенологічних та інших досліджень) в базових медичних закладах за погодженням із Страховиком. Програмою передбачено 2 консультації профільного лікаря на рік, що включають одне дослідження на випадок.

13. Медичні заклади обслуговування

13.1 Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої та комерційної форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклала Договір на обслуговування застрахованих осіб.

Рівень покриття у клініках:

Державні, комунальні, відомчі медичні заклади – 100%

Комерційні медичні заклади – 70%

Комерційні лабораторії, діагностичні центри – 100%

13.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 страховий випадок:

13.2.1. Амбулаторна допомога та денний стаціонар- до 5 000,00грн

13.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – до 8 000,00 грн
- хірургічний профіль з оперативним втручанням - до 10 000,00 грн
- пологове відділення - до 8 000,00 грн

13.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - до 2 500,00 грн

13.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – до 5 000,00 грн
- стаціонарне лікування - до 10 000,00 грн

*За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.

13.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – до 5 000,00 грн
- стаціонарне лікування - до 10 000,00 грн

13.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах, можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах за погодженням із Страховою компанією.

13.4. Програмою передбачено відшкодування підтверджених витрат у розмірі 100% безпосередньо застрахованій особі за медикаменти та виробу медичного призначення, діагностичні та лабораторні досліджень відповідно до умов Договору із врахуванням п.п. 13.1. – 13.2. Програми в закладах поза переліком базових закладів.

V. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ УЗ К2»

- 1. Страхова сума (грн.) - 100 000,00**
- 2. Страховий тариф - 3,60%**
- 3. Страхова премія (грн. на рік) – 3 600,00**
- 3.1. Страхова премія (грн. на місяць) - 300,00**
- 4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щомісячно.**

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;**
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;**
- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;**
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;**
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангиографії та ін.) за погодженням із Страховиком;**

5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги;

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення ;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами.

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показаннями та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;
- 7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція, індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);
- 7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

- 8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога
- 8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги
- 8.3. Ліквідація гострого зубного болю
- 8.4. Анестезіологічна допомога
- 8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями
- 8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

- 9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;
- 9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

- 10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – **10 000 грн.**
- 10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - **5 000,00 грн.**
- 10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - **5 000,00 грн.**
- 10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – **5 000,00 грн.**

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб:

- 11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу листка непрацездатності для працівників, крім п. 8 (Невідкладна медична стоматологічна допомога);
- 11.2. Загальна кількість днів госпіталізації не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).
- 11.3. Один з високотехнологічних методів обстеження (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрокулографія, аортокоронарографія, ангіографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією, не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Медичні заклади обслуговування:

12.1 **Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклало Договір на обслуговування застрахованих осіб.**

12.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 страховий випадок:

12.2.1 Амбулаторна допомога та денний стаціонар- **до 1 500,00 грн**

12.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – **до 3 000,00 грн**
- хірургічний профіль з оперативним втручанням - **до 4 000,00 грн**
- пологове відділення - **до 3 000,00 грн**

12.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - **до 1 500,00 грн**

12.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – **до 2 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - **до 4 000,00 грн**

**За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.*

12.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – **до 2 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - **до 4 000,00 грн**

12.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах виключно за погодженням із Страховиком.

12.4. Послуги, отримані в закладах державної та комунальної форм власності **поза переліком базових медичних закладів відшкодовуються у розмірі 100%** відповідно до умов Договору із врахуванням лімітів п. 12.2.

Програми шляхом компенсації підтверджених витрат безпосередньо застрахованій особі. При цьому Страховик не вимагає направлення із базового медичного закладу (застрахована особа може сама обирати медичний заклад).

12.5. При необхідності та за побажанням Застрахованої особи можлива **організація доставки медикаментів** та виробів медичного призначення у небазові медичні заклади та/або застрахованій особі за умови підтвердження відповідних призначень лікуючим лікарем.

VI. ВАРІАНТ «СТАНДАРТ УЗ+ К2»

1. **Страхова сума (грн.) - 120 000,00**
2. Страховий тариф – 5,0%
3. Страхова премія (грн. на рік) - **6 000,00**
- 3.1. **Страхова премія (грн. на місяць) - 500,00**
4. Порядок сплати страхової премії – щорічно, щомісячно.

5. Амбулаторно-поліклінічна допомога

- 5.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення;
- 5.2. Консультації лікарів з приводу основного захворювання;

- 5.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 5.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 5.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 5.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з амбулаторно-поліклінічної допомоги;

6. Лікування в денному стаціонарі

- 6.1. Медикаментозне забезпечення, забезпечення виробами медичного призначення ;
- 6.2. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 6.3. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- 6.4. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 6.5. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 6.6. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів, відповідно до Договорів із медичними закладами .

7. Стаціонарна допомога

- 7.1. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 7.2. Екстрена (ургентна) госпіталізація в профільні відділення медичних закладів;
- 7.3. Планова госпіталізація в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання. По даній опції діє часова франшиза 60 календарні дні з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу із шістдесят першого календарного дня дії Договору.
- 7.4. Консультації лікарів з приводу захворювання Застрахованої особи;
- 7.5. Консервативне, симптоматичне та оперативне лікування в палатах профільних стаціонарних відділень;
- 7.6. Анестезія та премедикація – при проведенні хірургічних втручань, використання медичних газів для наркозу (кисню, закису азоту, фторотану та ін.);
- 7.7. Лікування в палатах інтенсивної терапії та реанімації за медичними показаннями;
- 7.8. Проведення лабораторних та інструментальних досліджень за медичними показаннями та призначенням лікаря;
- 7.9. Проведення функціональних, ультразвукових (УЗД серця, головного мозку, органів черевної порожнини, малого тазу), ендоскопічних (фіброгастроскопія, колоноскопія), рентгенологічних (рентгеноскопія органів грудної порожнини, голови, хребта, кінцівок) та інших досліджень за медичними показаннями;
- 7.10. Проведення високотехнологічних методів обстеження за медичними показаннями (КТ, ЯМРТ, рентген контрастні ангіографії та ін.) за погодженням із Страховиком;
- 7.11. Відшкодування всіх видів витрат на виконання стандартів лікувально-діагностичного процесу відповідно до клінічних протоколів з стаціонарної допомоги, відповідно до Договорів із медичними закладами;
- 7.12. Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря по основному захворюванню за призначенням лікаря та за погодженням із Страховиком (УВЧ-терапія, медикаментозний електрофорез, електростимуляція, індуктотермія, магнітотерапія, УЗ-терапія, фонофорез, лазеротерапія, СМТ (синусо-модульовані токи), лікувальний масаж (1 зона);
- 7.13. Додаткове харчування, відповідно до Договорів із медичними закладами.

8. Невідкладна медична стоматологічна допомога

- 8.1. Огляд та консультація лікаря-стоматолога
- 8.2. Діагностичні дослідження (рентген-знімок), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги
- 8.3. Ліквідація гострого зубного болю
- 8.4. Анестезіологічна допомога
- 8.5. Видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів за медичними показаннями
- 8.6. Екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода).

9. Період між страховими випадками

- 9.1. При екстрених госпіталізаціях – 0 днів;
 9.2. При інших, ніж вказані в п 9.1. – 30 днів.

10. Лікування тяжкохворих пацієнтів і проведення дороговартісних оперативних втручань.

По даній опції діє часова франшиза 60 календарних днів з початку дії Договору. Оплата лікування передбачена у разі встановлення діагнозу після шістдесят першого календарного дня дії Договору в межах встановлених лімітів страхової виплати:

- 10.1. Лікування онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії Договору – **15 000 грн.**
 10.2. Лікування цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії Договору - **10 000,00 грн.**
 10.3. Лікування туберкульозу, що вперше виявлений в період дії Договору - **10 000,00 грн.**
 10.4. Оперативні втручання з протезування (оперативне втручання, медикаментозне забезпечення), що необхідні в результаті нещасного випадку, який стався в період дії Договору – **7 000,00 грн.**

11. Порядок обслуговування Застрахованих осіб

- 11.1. Обслуговування Застрахованих осіб проводиться при настанні страхового випадку, що передбачає видачу листка непрацездатності для працівників, окрім п. 8 (Стоматологічна допомога).
 11.2. Загальна кількість днів госпіталізації не має перевищувати 10 днів. Кількість випадків - 2 звернення на рік, окрім випадків надання швидкої та екстреної допомоги (без обмежень).
 11.3. Один з високотехнологічних методів обстеження (КТ, ЯМРТ, радіоізотопна діагностика, радіонуклідна діагностика, коронарорентрокулографія, аортокоронарографія, ангіографія та ін.), здійснюються за направленням лікуючого лікаря під час конкретного страхового випадку, за обов'язкового погодження із Страховою компанією, не більше одного разу на рік одного анатомічного відділу.

12. Медичні заклади обслуговування

12.1 Базовими медичними закладами є всі медичні заклади державної, комунальної, відомчої форми власності, з якими ПрАТ СК «ІнтерЕкспрес» уклала Договір на обслуговування застрахованих осіб.

12.2 Оплата вартості лікування відбувається в межах лімітів відповідальності на 1 (один) страховий випадок:

12.2.1. Амбулаторна допомога та денний стаціонар- до **2 500,00 грн**

12.2.2. Стаціонарна допомога:

- терапевтичний профіль без оперативного втручання – до **4 500,00 грн;**
- хірургічний профіль з оперативним втручанням - до **5 500,00 грн;**
- пологове відділення - до **4 500,00 грн.**

12.2.3. Невідкладна медична стоматологічна допомога - до **1 500,00 грн;**

12.2.4. Діагностика та лікування Covid-19*:

- амбулаторне лікування – до **2 000,00 грн;**
- стаціонарне лікування - до **4 000,00 грн.**

*За призначенням лікуючого лікаря проведення тесту ПЛР або експрес-тесту, який підтвердив діагноз коронавірусної хвороби COVID-19, 1 раз/рік, відшкодовуються у випадку позитивного результату (підтвердження COVID-19) в межах ліміту на опцію.

12.2.5. Травма та тілесні ушкодження, що пов'язані із військовими діями на території дії Договору:

- амбулаторне лікування – до **2 000,00 грн**
- стаціонарне лікування - до **4 000,00 грн**

12.3. При наявності показань та за умови неможливості надання необхідного обсягу медичної допомоги в базових медичних закладах, можлива організація медичної допомоги в інших медичних закладах та центрах за погодженням із Страховою компанією.

12.4. Послуги, отримані в закладах державної та комунальної форм власності поза переліком базових медичних закладів відшкодовуються у розмірі 100% відповідно до умов Договору із врахуванням п.п. 12.1. та 12.2. Програми шляхом компенсації підтверджених витрат безпосередньо застрахованій особі. При цьому Страховик не вимагає направлення із базового медичного закладу (застрахована особа може сама обирати медичний заклад).

12.5. При необхідності та за побажанням Застрахованої особи можлива організація доставки медикаментів та виробів медичного призначення у небазові медичні заклади та/або застрахованій особі за умови підтвердження відповідних призначень лікуючим лікарем.