

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**
(назва страхового продукту)

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення Договору страхування (надалі – Договір). Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту і допомагає порівняти його з іншими продуктами.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення Страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ ТРАНСМАГІСТРАЛЬ», код за ЄДРПОУ 31630408.
3	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Ліцензія на здійснення діяльності із прямого страхування та вхідного перестрахування відповідно до класу (класів, ризиків у межах класів) страхування, (витяг із Державного реєстру фінансових установ від 26.04.2024 р), інформація міститься в ДРФУ за посиланням https://kis.bank.gov.ua/Home/SrchViewLic/20000032960 .
4	Місцезнаходження страховика	вулиця Коновальця Євгена, 36Д, офіс 22А, Київ, 01133, Україна.
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	transmagistral.com.ua
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	1. Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що визначений Пунктом 2 Частини Першої Статті 4 Закону України «Про страхування». 2. Об'єктом страхування за Договором є здоров'я Застрахованих осіб (надалі – ЗО), інформація для ідентифікації яких зазначена в Додатку №1 до Договору, та з якими пов'язані страхові інтереси Страхувальника (ЗО/Вигодонабувача) та страхові ризики, що підлягають страхуванню за Договором. 3. Відповідно до умов Договору та/або законодавства Страховик відшкодовує понесені витрати на отримання ЗО медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), включаючи захворювання ЗО, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором. За Договором, укладеним за класом страхування 2 за ризиком «медичне страхування», у разі настання страхового випадку ЗО надаються асистуючі послуги.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	1. Страхові ризики 1.1. захворювання ЗО; 1.2. загострення хронічного захворювання;

		1.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку; 1.4. інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором. 2. Обмеження страхування. Страховик не укладає Договори по відношенню до ЗО: 2.1. вік яких на дату укладення Договору до 1 року включно; 2.2. вік яких на дату укладення Договору більше 70 років включно.
9	Територія та строк дії договору страхування	1. Територія дії Договору: Договір діє в межах території України, за виключенням територій та населених пунктів, визначених згідно з Наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій від 22.12.2022 № 309 «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» та Розпорядження КМУ від 7 листопада 2014р. №1085-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії розмежування 2. Строк дії Договору: до 12 місяців включно. 3. Кількість періодів страхування: від 1 до 12 включно. 3.1. Договір набуває чинності з вказаної у п.3.6. Договору дати початку першого періоду страхування, але не раніше 00:00 годин дати, що йде наступною за датою сплати першої чергової частини страхової премії (у повному обсязі). Страховий захист діє до дати завершення періоду, за який сплачено першу чергову частину страхової премії. Відновлення дії страхового захисту за Договором наступає з 00:00 годин дати, що йде наступною за датою сплати наступної чергової частини страхової премії (у повному обсязі), але не раніше дати початку періоду, за який сплачується чергова частина страхової премії, та діє до дати завершення періоду, за який сплачено чергову частину страхової премії. Після внесення останньої за графіком чергової частини страхової премії страховий захист за Договором діє до 24:00 дати завершення останнього періоду страхування, що одночасно є датою завершення дії Договору. 3.2. У випадку несплати чергової частини страхової премії повністю або частково в термін (включно до), встановлений п.3.6 Договору, страховий захист за Договором не продовжується на наступний період страхування та Договір припиняє свою дію з 00:00 годин дати, наступної за датою завершення попереднього (оплаченого) періоду страхування. 3.3. Страховик звільняється від обов'язку здійснити страхову виплату за події, на момент настання яких існувала прострочена заборгованість по сплаті чергової частини страхової премії за Договором. Після сплати чергової частини страхової премії/премій Договір відновлює свою дію з 00:00 годин дня, наступного за датою сплати чергових частин страхової премії Страховику. У будь-якому разі після сплати прострочених чергових частин страхової премії дата завершення кожного періоду, за який сплачено чергову частину страхової премії (п.3.6. Договору), не змінюється. 3.4. Продовження строку дії Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін шляхом укладення нового договору страхування на новий строк, якщо інше не передбачено додатковою угодою Сторін.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Мінімальний та максимальний розмір страхової суми: від 50 000 грн. до 1 000 000 грн. на одну особу. Розраховується за згодою Страховика та Страхувальника.

11	Франшиза	Мінімальний та максимальний розмір франшизи: за домовленістю сторін встановлюється в залежності від обраної Програми страхування по категорії медичних закладів та/або окремому медичному закладі та/або по виду медичної допомоги та/або по окремій послугі. Тип франшизи: безумовна, за кожним Страховим випадком. Вид франшизи: в абсолютній грошовій величині або у відсотках
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Страхова премія визначається в залежності від розміру страхової суми та обраних умов страхування. Страховий тариф – від 0,1% до 40 % від страхової суми.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Одноразово або частинами в порядку і на умовах, зазначених в Договорі.
14	Обов'язки сторін	1. Страхувальник зобов'язаний: 1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором. 1.2. Протягом строку дії Договору повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором. 1.3. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку. 1.4. Повідомити кожен ЗО за Договором про укладений на її користь Договір. 1.5. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього об'єкта страхування. 1.6. Негайно, але не пізніше 2-х діб з дня, коли Страхувальнику стало про це відомо, повідомити Страховика про досудове розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, провадження в порядку іншого судочинства стосовно події, що має ознаки страхового випадку. 1.7. Дотримуватись умов Договору, вимог законодавства України. 1.8. При настанні страхового випадку: 1.8.1. Повідомити/забезпечити повідомлення ЗО Асистуючу компанію за цілодобовим телефоном, зазначеним в Договорі про страховий випадок, зазначивши прізвища, ім'я та по-батькові ЗО, описати суть події, що сталася та узгодити із Асистуючою компанією подальші дії. 1.8.2. Надати Страховику всю необхідну інформацію про страховий випадок. 1.8.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку. 1.8.4. Сприяти Страховику у з'ясуванні причин, обставин настання страхового випадку та його наслідків. 2. Для реалізації прав, що випливають з Договору, ЗО зобов'язана: 2.1. Дотримуватись умов Договору. 2.2. На вимогу Страховика надати інформацію (документи), що мають відношення до події, яка має ознаки страхового випадку. 2.3. Повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо після здійснення Страховиком страхової виплати стануть відомими такі обставини, що відповідно до чинного законодавства або умов Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату.

		2.4. Повідомити Асистуючу компанію за цілодобовим телефоном, зазначеним в Договорі, про страховий випадок, зазначивши прізвища, ім'я та по-батькові, описати суть події, що сталася та узгодити із Асистуючою компанією подальші дії. 3. Страховик зобов'язаний: 3.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору. 3.2. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати збереження та захист інформації, що становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття, та відповідно до закону відшкодувати завдані клієнту з вини Страховика збитки та відшкодувати заподіяну моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб. 3.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. 3.4. У випадку прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника/Застраховану особу з обґрунтуванням причин відмови в строк, передбачений в Договорі.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: 1.1. припинення дії Договору за згодою Сторін Договору. При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхової премії або її частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді; 1.2. припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме: - закінчення строку дії Договору. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику; - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачена страхова премія не повертається Страхувальнику; - несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами); - ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачену страхову премію особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору (п.14.12 Договору), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором; - ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України. Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України; - набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду. 1.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціюючи Сторона зобов'язана повідомити іншу

Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:

1.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.14.12 Договору), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю;

- У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

1.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п. 14.12 Договору), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

1.4. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові премії сплачувалися в безготівковій формі.

1.5. Повернення сплаченої страхової премії або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Договору, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

Сума страхової премії, що підлягає поверненню у випадку припинення дії Договору за вимогою Страхувальника розраховується за формулою:

$СПП = СПС - СПФ - ВДС - ФСВ$, при цьому:

СПП - Сума страхової премії, що підлягає поверненню;

СПС - Страхова премія, фактично сплачена Страхувальником;

СПФ - Страхова премія за фактичний Строк дії Договору = $\frac{ПЗ}{ЗС} \times ДФ$, де:

ЗС - Загальний строк дії Договору в днях;

ПЗ - Загальна страхова премія за Договором;

ДФ - Кількість днів, протягом яких Договір фактично був чинним.

ВДС - Витрати, пов'язані безпосередньо з укладанням і виконанням Договору страхування = $СПЗ \times 30\%$, де:

СПЗ - Страхова премія за період, що залишився до закінчення дії Договору = $\frac{ПЗ}{ЗС} \times ДЗ$; ДЗ - Кількість днів, що залишились до закінчення дії Договору в днях;

ФСВ - Фактичні страхові виплати здійснені Застрахованій особі включаючи гарантовані страхові виплати.

11.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та

		здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. 1.6. Протягом строку дії Договору Страхувальник може вносити зміни в список ЗО (Додаток №1), повідомивши про це Страховика за п'ять робочих днів до дати таких змін та у порядку, передбаченому Договором, зокрема: 1.6.1. припинити дію Договору по відношенні до будь-якої ЗО та/або поширити дію Договору на іншу особу. При цьому: а) для особи, що додається до списку ЗО страхова премія та ліміти за окремими опціями Програми страхування перераховуються пропорційно кількості днів, що залишились до завершення дії Договору; б) для особи, що виключається зі списку ЗО відповідно до п.9.6 Договору, розраховується частка страхової премії, що підлягає поверненню Страхувальнику; в) Страхувальник сплачує Страховику страхову премію за додаткову кількість ЗО, про що Сторони складають додаткову угоду. При цьому сума страхової премії може бути зменшена на суму, що підлягає поверненню Страховиком Страхувальнику у зв'язку з виключенням ЗО; г) дата закінчення періоду страхування у відношенні до будь-якої ЗО не може перевищувати дату закінчення дії Договору. 1.6.2. Якщо до завершення строку дії договору залишається менше 30 календарних днів, внесення нових осіб до списку Застрахованих осіб не здійснюється. 1.7. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	1.1. Організація надання медичної допомоги ЗО проводиться Асистуючою компанією 24 години на добу. Звернення ЗО до ЛПЗ, з якими Страховик не має договірних відносин, можливо лише за погодженням Страховика. 1.2. При настанні Страхового випадку ЗО зобов'язана до моменту звернення в ЛПЗ звернутись до Медичного асистансу Страховика засобами зв'язку за контактними даними загальної лінії Медичного асистансу. 1.3. При зверненні до Медичного асистансу необхідно повідомити таку інформацію: - прізвище та ім'я, дату народження Застрахованої особи; - номер договору страхування / страхової картки;

		- причину звернення (отримання медичної допомоги, отримання виплати тощо); - необхідність листка непрацездатності; - фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів; - іншу інформацію на запит Страховика, - та слідувати інструкціям та рекомендаціям Страховика. Співробітник Медичного асистансу Страховика (лікар- координатор) інформує Застраховану особу щодо її подальших дій та організовує надання медичної допомоги: запис на прийом до відповідного лікаря-фахівця, виклик бригади невідкладної медичної допомоги, госпіталізацію в профільний Медичний заклад, надає необхідну інформаційну підтримку тощо. Підбір Медичного закладу відноситься до компетенції лікаря-координатора Страховика та здійснюється із врахуванням умов Програми, класів ЛПЗ, зазначених в Програмі, та обставин Страхового випадку по кожній Застрахованій особі. При обслуговуванні застосовується перелік ЛПЗ, що актуальний на дату укладення Договору. 1.4. Під час візиту до ЛПЗ ЗО повинна пред'явити документ, що засвідчує особу та має фото (паспорт, водійське посвідчення, тощо). 1.5. У разі самостійного планового звернення ЗО до ЛПЗ, що не мають договірних відносин зі Страховиком, та/або самостійної оплати вартості медичної допомоги (послуг) або лікарських засобів у таких ЛПЗ, ЗО повинна: 1.5.1. звернутися до Страховика згідно не пізніше дати та часу звернення в ЛПЗ та повідомити Страховику дату та причину звернення в ЛПЗ; 1.5.2. якщо за результатами самостійного планового звернення ЗО призначені додаткові обстеження, консультації та/або лікування, повідомити про це Медичний асистанс Страховика протягом 2 (двох) робочих днів з дати призначення; 1.5.3. подати документи на страхову виплату. 1.6. ЗО має право самостійно звернутися в ЛПЗ без попереднього звернення до Страховика у разі необхідності отримання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до пункту 6.2 Договору. У цьому випадку ЗО повинна повідомити Медичний асистанс про настання страхового випадку як тільки це стане можливим, але не пізніше 2 (двох) календарних днів з дати оплати медичних послуг або лікарських засобів або виписки зі стаціонару. Порушення строків повідомлення допускається лише при наявності обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), які не залежать від волі ЗО (непритомний стан, неможливість зв'язку з Медичним асистансом тощо). 1.7. У разі звернення до ЛПЗ без попереднього повідомлення Страховика відповідно до пунктів 6.2 та 6.5 Договору, крім випадків, що передбачені пунктом 6.6 Договору, Страховик має право відмовити ЗО у страховій виплаті.
18	Порядок здійснення страхових виплат	1.1. Організація надання медичної допомоги ЗО проводиться Медичним асистансом Страховика 24 години на добу без вихідних. Зв'язок з Медичним асистансом здійснюється за номером який зазначено у 2.9 Договору (з окремою лінією для виклику швидкої допомог) з наявною функцією «зворотній зв'язок» callback та записом усіх телефонних розмов. Також ЗО для зв'язку з Медичним асистансом та отримання консультаційної допомоги можуть скористатися мобільним застосунком, посилання на який ЗО можуть

отримати на номер мобільного телефону, зазначений в списку Застрахованих осіб.

1.2. Організація послуг невідкладної медичної допомоги здійснюється в максимально швидкий термін.

1.3. Медична допомога в умовах поліклініки організовується у робочі дні ЛПЗ, у день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи ЛПЗ або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

1.4. Планова госпіталізація організовується протягом 1-3 діб з моменту направлення ЗО на стаціонарне лікування лікарем та здійснюється згідно з графіком роботи ЛПЗ.

1.5. Виклик лікаря додому (в офіс) здійснюється при можливості організувати дану послугу в ЛПЗ для пацієнтів, що за станом здоров'я не в змозі самостійно відвідати лікаря, здійснюється в першій половині дня, до 12.00. У випадку звернення після 12.00 – лікар відвідує ЗО на наступний день, якщо неможливо організувати виклик в день звернення.

1.6. Організація медикаментозного забезпечення здійснюється якомога швидше, але не довше ніж протягом 12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні, якщо інше не погоджено з ЗО.

2. Медична допомога Застрахованій особі надається у ЛПЗ, передбаченому Програмою.

3. У випадках виявлення у ЗО захворювань або станів, лікування яких неможливо організувати в ЛПЗ, які співпрацюють із Страховиком (наприклад, при виявленні туберкульозу, інфекційних хвороб тощо), Страховик невідкладно сприяє у направленні ЗО у спеціалізовані ЛПЗ. Організація послуг невідкладної медичної допомоги у спеціалізованому ЛПЗ має бути здійснена Страховиком в максимально швидкий термін.

4. Одержувачами страхової виплати (Вигодонабувачами) за Договором можуть бути:

4.1. ЛПЗ, що надавав передбачену Договором медичну допомогу ЗО при організації звернення Медичним асистансом;

4.2. ЗО, яка за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість медичної допомоги. Страхова виплата може бути здійснена представнику ЗО за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого чинним законодавством порядку. Якщо ЗО набула статус недієздатної в період дії даного Договору, одержувачем страхової виплати є її законні представники.

4.3. Інші особи згідно чинного законодавства України.

5. Рішення про здійснення страхової виплати, продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів з моменту отримання документів, зазначених у **пункті 8.1 Договору**. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик, не пізніше останнього дня строку, передбаченого для прийняття рішення, складає Страховий Акт на підставі отриманих документів.

6. Страхова виплата ЗО (її законному представнику) здійснюється Страховиком упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати шляхом, зазначеним у Заяві на страхову виплату.

7. Якщо неможливо визначити обставини, причини Страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих документів, перелік яких наведено в **пункті 8.1.1. Договору**,

Страховик продовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин Страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання останнього документу, не зазначеного в **пункті 8.1.1. Договору.**

8. У разі продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні страхової виплати, Страховик інформує ЗО письмово з обґрунтуванням причин продовження строку прийняття рішення або відмови у здійсненні страхової виплати протягом **5 (п'яти) робочих днів** з дати прийняття відповідного рішення.

9. Страхова виплата, що здійснюється шляхом оплати вартості медичної послуги ЛПЗ, здійснюється на рахунок ЛПЗ у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю із зазначеними ЛПЗ.

10. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням.

11. Страхова виплата здійснюється Страховиком у національній грошовій одиниці України (гривні).

11. Якщо ЗО самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, для отримання страхової виплати Страховику вона (або її представник / інша уповноважена особа, для неповнолітніх осіб – батьки ЗО) повинна надати такі документи:

11.1. Незалежно від типу отриманих послуг/придбаних товарів:

- заява на страхову виплату з зазначенням способу отримання коштів;
- копія паспорту (1-6 сторінки та сторінка з відміткою про реєстрацію) / або ID картки;
- копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (далі – РНОКПП);

11.2. Оригінали документів щодо самостійно сплачених послуг, які можуть представлені у вигляді:

- фіскальний (касовий) чек або квитанція банку про оплату;
- квитанція до прибутково-касового ордера;
- товарний чек (якщо конкретні послуги / товари не зазначені в платіжному документі);
- Акт виконаних робіт (в якому перераховані всі надані послуги);
- виписка з амбулаторної картки хворого або консультативний висновок лікаря або довідка від медичного закладу (оригінал або копія, завірені оригінальною круглою печаткою медичної установи);
- картка виїзду швидкої допомоги;
- копії результатів обстежень / досліджень (якщо такі проводилися);
- рецепт з печаткою лікаря з рекомендаціями та призначеннями медикаментів;
- копія свідоцтва про Державну реєстрацію виробу медичного призначення;
- копія виписки з пологового будинку, довідку про народження дитини (у разі відшкодування витрат на пологи).

11.3. Копії реєстраційних документів суб'єкта господарювання:

- витяг з ЄДР;
- витяг з бази даних Ліцензійного Реєстру МОЗ України із зазначенням дозволених видів медичної практики або Наказ МОЗ

України про ліцензування медичної практики з переліком одержувачів ліцензій;

- витяг з реєстру платників податку.

11.2. Документи згідно **пункті 8.1 Договору** повинні бути надані Страховику не пізніше 60 (шістдесяти) календарних днів з дати оплати медичних послуг чи лікарських засобів, або не пізніше 60 (шістдесяти) календарних днів після виписки зі стаціонару.

11.3. Документи, що подаються Страховику разом із заявою на страхову виплату, повинні бути:

- у формі оригінальних примірників або засвідчених копій;
- оформлені відповідно до чинного законодавства України;
- підписані Застрахованою особою із зазначенням П.І.Б.

11.4. У разі зміни до переліку документів, зазначених у **пункті 8.1 Договору**, у зв'язку із змінами законодавства України, нормативно-правових актів, інструкцій, наказів, розпоряджень МОЗ, вимог до бухгалтерського обліку, Страховик та Страхувальник приймають такі зміни беззастережно та такі зміни не оформлюються шляхом підписання Додаткових угод до Договору.

11.5. Усі документи, передбачені **пункті 8.1 Договору** повинні бути направлені Страховику в строк, передбачений **пункті 8.2 Договору**, поштою (рекомендованим листом) або надані особисто за адресою місцезнаходження Страховика.

11.6. У разі потреби Страховик має право вимагати від Страхувальника, ЗО, або особи, яка має право на отримання страхової виплати, надання інших документів або відомостей на запит Страховика, що необхідні для встановлення факту, причин, обставин та наслідків Страхового випадку і здійснення страхової виплати, в тому числі документів, надання яких передбачено законодавством України з питань фінансового моніторингу. У передбачених законом випадках та за запитом Страховика зазначені особи, зобов'язані протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг. У випадку порушення строку надання зазначених документів строки здійснення страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

12. Розмір страхової виплати визначається Страховиком, виходячи з вартості медичної допомоги, наданої ЗО при настанні Страхового випадку відповідно до умов Договору, але у будь-якому разі не більше Страхової суми (Ліміту відповідальності), зазначеної в Програмі.

13. Якщо ЗО самостійно оплатила вартість медичної допомоги або медикаментів, послуг, передбачених Програмою, компенсація вартості самостійно витрачених коштів здійснюється у розмірі фактичних витрат, але не більше максимальної вартості аналогічної послуги за класом ЛПЗ, передбачених Програмою.

14. Вартість медичної допомоги, наданої ЗО при настанні Страхового випадку, визначається на підставі рахунків ЛПЗ або інших розрахункових документів (фіскальні (касові) чеки, квитанції банку про оплату тощо) згідно **пункту 8.1.2 Договору**.

15. Страхова сума (Ліміт відповідальності), зазначена в Договорі та Програмі, після здійснення страхової виплати зменшується на розмір такої виплати.

16. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками, що настали протягом строку дії Договору, не може перевищувати Страхової суми (Ліміт відповідальності),

		встановленої Договором та Програмою стосовно Застрахованої особи. 17. Організація послуг з Корпоративного ліміту (якщо такий Ліміт передбачено Програмою) здійснюється за письмовим (в тому числі електронною поштою) погодженням зі Страхувальником.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	1. Причинами відмови в організації допомоги та у здійсненні страхової виплати є: 1.1. навмисні дії Страхувальника, ЗО, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ним (нею) громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації; 1.2. вчинення ЗО умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; 1.3. подання Страхувальником, ЗО свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або факт настання страхового випадку; 1.4. несвоєчасне повідомлення (відповідно до розділу 6 Договору) ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або вартість наданої медичної допомоги; 1.5. несвоєчасне надання документів на страхову виплату - понад 60 (шістдесят) календарних днів з дати оплати послуг, крім випадків стаціонарного лікування, коли несвоєчасним вважається подання документів у строк понад 60 (шістдесят) днів після виписки зі стаціонару; 1.6. порушення ЗО порядку обслуговування, встановленого Договором (окрім невідкладних станів), недотримання рекомендацій лікаря, порушення режиму лікування, норм та правил поведінки в ЛПЗ; 1.7. отримання допомоги та послуг, лікарських засобів, методів та засобів лікування, які не мають письмових рекомендацій встановленого зразку від лікаря ЛПЗ, оформлених належним чином; 1.8. отримання послуг, лікарських засобів, методів та засобів лікування, що не передбачені чинним протоколам МОЗ України та міжнародним клінічним протоколам, для діагностики та лікування захворювань; 1.9. оплата медичних послуг, товарів медичного призначення, медикаментів не підтверджена належним чином оформленим розрахунковим документом; 1.10. отримання послуг в закладах, що не мають ліцензії на надання медичних послуг; 1.11. навмисне надання ЗО свідомо неправдивих відомостей щодо стану її здоров'я з метою отримання медичної допомоги та послуг, на підставі яких Страховиком була організована медична допомога, необхідність надання якої не підтвердилась лікарем ЛПЗ; 1.12. навмисне надання ЗО неправдивих даних (скарг чи симптомів) з метою отримання допомоги та послуг, які не передбачені Договором та/або Програмою або з метою отримання допомоги та послуг для незастрахованої особи з використанням власних персональних даних; 1.13. необґрунтований виклик лікаря (додому або в офіс) або невідкладної медичної допомоги. Необґрунтованим викликом

		вважається: виклик, здійснений ЗО для медичного обслуговування незастрахованої особи, виклик, здійснений не в медичних цілях, виклик з метою одержання планових медичних маніпуляцій, виклик, при якому ЗО відсутня за повідомленою при виклику бригади швидкої медичної допомоги або лікаря адресою; 2. Не визнаються Страховим випадком та не підлягають відшкодуванню захворювання, стани, травми, синдроми, отриманні послуги чи товари, які зазначені у Переліку виключень зі Страхових випадків (далі – Перелік виключень) згідно Додатку № 3 до Договору. 3. У випадку виникнення суперечностей з приводу тлумачення або трактування окремих положень, зазначених в Програмі та у Переліку виключень, пріоритет у застосуванні мають умови Програми. 4. Відмова Страховика у здійсненні страхової виплати або розмір виплати може бути оскаржені у порядку, передбаченому законодавством України.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір укладається в письмовій формі.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Прямі продажі, офіс Страховика: вулиця Коновальця Євгена, 36Д, офіс 22А, Київ, Україна.
23	Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором. При сплаті страхової премії шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», що визначений Пунктом 2 Частини Першої Статті 4 Закону України «Про страхування» розміщені на веб-сайті Страховика за посиланням: https://www.transmagistral.com.ua/wp-content/uploads/2024/06/27062024-ZUSP-MEDYCHNE.pdf .
25. Скарга на дії чи рішення Страховика надається у порядку підлеглості: 25.1. Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection; для подання письмових звернень громадян: вул. Інститутська, 11-б, м. Київ, 01601, телефон: 0 800 505 240 або +380 44 298 65 55; 25.2. Державній службі України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, адреса: вул. Б. Грінченка, 1, Київ, 01001; телефон +380 044 279 12 70, електронна пошта: info@dpss.gov.ua, що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.		