

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт

«ТАС –ДМС-Індивідуальний захист».

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

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком		
1	2	3		
1. Інформація про страховика				
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	АТ «СГ «ТАС» (приватне) 30115243		
3	Номер і дата витягу з Реєстру	БН від 23.04.2024		
4	Місцезнаходження страховика	03062, Україна, Київ, пр. Берестейський, 65.		
5	Адреса офіційного вебсайта страховика	sgtas.ua		
6.	2. Основні умови страхового продукту			
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування	Ризик у межах класу страхування	Об'єкт страхування
		2	медичне страхування	життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страхові ризики: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку Обмеження страхування: ЗО на дату підписання Договору не може належати до жодної з наступних категорій: 8.1.1. особи, що потребують постійного догляду відповідно до медичної документації та/або особи, що в певний час використовували або піддавалися впливу наркотиків, токсичних речовин; 8.1.2. особи, яким за життя було діагностовано одне чи кілька з таких захворювань або функціональних розладів: носій ВІЛ чи хворий на СНІД, вроджені аномалії та пороки розвитку, спадкові та генетичні аномалії, злоякісні новоутворення (в тому числі , злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їм тканин, меланома та інші злоякісні новоутворення шкіри, новоутворення in situ, новоутворення невизначеного чи невідомого характеру), доброякісні новоутворення, полікістозна хвороба нирок, хвороби стравоходу, хвороба Крона, виразковий коліт, цукровий діабет 1 та 2 тип, туберкульоз, цироз печінки, алкогольна хвороба печінки, гепатити В, С, D, системні ураження сполучної тканини (в тому числі: ревматизм, системний червоний вовчак, поліміозит,		

		склеродермія), носійство вірусу папіломи людини (ВПЛ), вірус Епштейна-Барра (EBV), хронічна дихальна недостатність тяжкості II-III ступеня, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), первинний імунodefіцит; збільшення простати, аутоімунний тиреоїдит, крипторхізм, важкі захворювання нервової системи, важкі захворювання серця (в тому числі гіпертонічна хвороба 2 або 3 ступеню ІХС, аритмії серця); 8.1.3. люди, яких було оперовано у зв'язку з трансплантацією органів або кісткового мозку; 8.1.4. інвалід 1,2,3 групи, дитина - інвалід до досягнення 18 років, або інвалід дитинства; 8.1.5. люди, які протягом останніх 6 місяців ненавмисно втратили понад 10 кілограмів; зазнали нефізіологічних крововтрати з будь-яких причин, або мають відхилення від встановлених лабораторних норм/ онконорм маркерів. 8.1.6. вік більше 55 років на дату укладання Договору страхування.
9	Територія та строк дії договору страхування	Територія дії – Україна, крім тимчасово окупованої Російською Федерацією (в тому числі її союзниками та/або збройними формуваннями, підпорядкованими силовим структурам Російської Федерації та її союзників або приватним особам) території України; територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні); населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством. Строк страхування визначається в договорі страхування та не може бути меншим мінімального строку дії договору або більшим максимального строку дії договору. Мінімальний строк дії договору 1 рік Максимальний строк дії договору – 1 рік Строк дії договору може бути продовжено шляхом укладення наступного договору страхування. Період страхування дорівнює строку дії Договору. Договір набирає силу о 00 год. 00 хв. (за Київським часом) дати, наступної за датою надходження 100% страхової премії на рахунок Страховика.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Мінімальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності): 60 000,00 (грн) Максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності): 120 000,00 (грн) Порядок визначення страхової суми – за згодою Сторін.
11	Франшиза	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
12	Розмір страхової премії/ страхового тарифу	Встановлюється в залежності від обраної Програми страхування Мінімальний розмір страхової премії– 6 500,00 грн Максимальний розмір страхової премії– 19 110,00 грн Перелік відомостей, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інформацію про інші обставини, що враховуються під час визначення розміру страхової премії :

		- відомості про Застраховану особу: вік особи, умови праці, способу життя, отримання травм/перенесення захворювань, встановлення групи інвалідності, тощо, наявність хронічних захворювань, наявність хвороб, які потребують диспансерного нагляду); відношення до категорій осіб визначених у Розділі 10 Частини 2 Договору; - інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Одноразово, визначено в Індивідуальній частині Договору
14	Обов'язки сторін	Страховальник зобов'язаний: ➤ сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування; ➤ протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування; ➤ інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування; ➤ вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку; ➤ повідомити Страховика про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо застрахованого майна; ➤ повідомити Страховика про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу стосовно застрахованої особи та/або вигодонабувача; ➤ ознайомити Застраховану особу з умовами цього Договору, роз'яснити порядок їх дій у разі настання страхового випадку, при цьому отримання згоди Застрахованої особи на укладення Договору є необов'язковим; ➤ Страховальник, Застрахована особа (Вигодонабувач) зобов'язаний протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання письмового повідомлення від Страховика повернути Страховикові суму отриманого страхового відшкодування, якщо після виплати страхового відшкодування Страховиком будуть встановлені обставини, які позбавляють Страховальника, Застраховану особу (Вигодонабувача) права отримання страхового відшкодування за Договором; ➤ протягом 90 (дев'яносто) календарних днів з дня настання страхового випадку, надати Страховикові документи, що підтверджують обставини страхового випадку; ➤ надати всі додаткові документи, за запитом Страховика, що уповноважують останнього здійснити страхову виплату. Страховик зобов'язаний: ➤ у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк; ➤ у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страховальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами договору страхування; ➤ забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог цього Закону України «Про страхування». не розголошувати відомостей, що становлять таємницю страхування, крім випадків та порядку, встановлених законодавством України.

15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Дія Договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі: закінчення строку дії Договору страхування; несплати Страхувальником страхової премії (або відповідної її частини) у встановлені цим Договором строки, ліквідації Страхувальника; ліквідації Страховика; набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним. Дії Сторін договору для дострокового припинення строку договору страхування : Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування. 1) з ініціативи Страхувальника. Страхувальник подає заяву затвердженого зразка Положенням про загальні правила дострокового припинення укладеного договору страхування (надалі - Положення) з указанням причин дострокового припинення, бажаної дати дострокового припинення та іншої важливої інформації для дострокового припинення. При досягненні згоди сторони укладають Додатковий договір. 2) з ініціативи Страховика. Страховик подає Пропозицію достроково припинити договір страхування з формою Додаткового договору і Розрахунком частини страхової премії, яка підлягає поверненню, у додатку. При досягненні згоди сторони укладають Додатковий договір. Порядок та строки повернення Страховиком страхової премії (її частини): Страховик повертає у разі дострокового припинення Договору страхування частину сплаченої страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за страховими випадками, що сталися протягом строку дії договору страхування: Повернення сплаченої страхової премії або її частини здійснюється Страховиком не пізніше ніж протягом 10 робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору страхування, крім випадків, передбачених законодавством України. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, 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 в здійсненні страхової виплати. Страховик має право переглянути умови Договору якщо рівень річної інфляції за даними вебсайту http://index.minfin.com.ua/index/infl/ є більшим ніж 115% за статтею «охорона здоров'я». Страхувальник має право у письмовій (електронній) формі повідомити Страховика, протягом 30 календарних днів, з дня укладення договору страхування про відмову від такого договору без пояснення причин, крім:
----	---	--

		- Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів; - випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, протягом десяти робочих днів з дня отримання такої заяви, за умови, що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У випадку, коли Договір укладено по відношенню до об'єкту страхування, що є предметом договору кредиту/застави або застрахована особа є кредитодержувачем чи поручителем при видачі кредиту, Страхувальник має право відмовитися від договору страхування за погодженням з Вигодонабувачем (Банком).
16	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	У разі настання розладу здоров'я який може бути кваліфікованим як страховий випадок, Застрахована особа повинна негайно звернутися до лікаря-координатора Страховика за телефонами: загальні лінії Call-центру: (095) 088 47 77; (093) 088 47 77; (097) 088 47 77 (вартість дзвінків згідно з тарифами Вашого оператора), вказаними в Договорі страхування Застрахованої особи та/або шляхом звернення через Паблік акаунт СГ ТАС (Telegram) та повідомити інформацію за запитом Страховика. 16.2. Лікар-координатор Страховика інформує ЗО 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.
17	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Порядок та строки здійснення страхових виплат, включаючи порядок розрахунку розміру страхової виплати: Розмір страхової виплати визначається з фактичних витрат на отримання медичної допомоги з врахуванням умов щодо франшизи та лімітів відповідальності Страховика, що передбачені Договором. Для здійснення Страховиком страхової виплати (у випадках передбачених цим Договором), Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку. Документи, що додаються до заяви (в копіях або оригіналах за рішенням страхувальника/страховика/застрахованої особи): - заява на страхову виплату. В заяві зазначаються: дата подання заяви, перелік всіх поданих фінансових документів, прізвище, ім'я та (за наявності) по батькові, дату народження, країну громадянства та постійного місця проживання, паспортні дані, РНОКПП, адреса проживання, номер мобільного телефону, реквізити у форматі IBAN). Заява обов'язково має бути завірена власним підписом; - копія індивідуальної частини Договору; - документ з медичної установи - довідка з медичної установи, виписка з медичної карти амбулаторного хворого, -виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз), консультативний висновок спеціаліста, які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг. Довідка з медичної установи має бути підписана лікарем, містити печатку медичного закладу, або бути на фірмовому бланку медичного закладу. Виписка з історії хвороби має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з

		печаткою Медичного закладу; - виписка з історії хвороби стаціонарного хворого (виписний епікриз), консультативний висновок спеціаліста, які містять дату звернення Застрахованої особи та період лікування, діагноз, анамнез захворювання, об'єктивний статус, призначені (проведені) обстеження та лікування (з зазначенням назв медикаментів та кількості на курс лікування), перелік наданих медичних послуг. Виписка з історії хвороби стаціонарного хворого має бути підписана головним лікарем (заступником з лікувальної справи, начальником медичної частини) з печаткою Медичного закладу, консультативний висновок має бути підписаний лікарем з печаткою Медичного закладу. - фінансові документи, що підтверджують факт оплати медичної допомоги (медикаментів) – фіскальні чеки, квитанції до прибуткового касового ордеру, квитанція банківської оплати (з зазначенням назв медикаментів, товарів, послуг). У випадку, якщо у фіскальних чеках або квитанціях не зазначені конкретні назви медикаментів, товарів та послуг – до таких документів обов'язково надається товарний чек (накладна, акт виконаних робіт) в яких зазначені конкретні медикаменти, товари, послуги. На квитанції до прибуткового касового ордеру обов'язково повинні бути зазначені – номер, дата, розбірливо сума, стояти печатка; - при отриманні медичної допомоги (придбанні медикаментів, товарів) у суб'єктів підприємницької діяльності (ФОП, ПП) – копію свідоцтво про державну реєстрацію/виписки фізичної особи-підприємця, копію документа, який підтверджує сплату ФОП податку за відповідний період (свідоцтво, квитанція банківської оплати), копію ліцензії на від діяльності ФОП (якщо, не зазначено в документах про сплату податку). - копія довідки про присвоєння РНОКПП Застрахованій особі (її законного представника); - копія паспорту Застрахованій особі (1, 2 сторінки, сторінка з місцем реєстрації) (її законного представника); - копії закритих листків тимчасової непрацездатності, засвідчені відділом кадрів з печаткою за місцем роботи Застрахованої особи, (якщо випадок пов'язаний з тимчасовою втратою працездатності); Рішення про здійснення страхової виплати, продовження строку прийняття рішення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів, шляхом складання страхового акту, після отримання всіх документів, зазначених у розділі 19 Частини 2 Договору. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним у заяві про страхову виплату. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті, Страховик повинен письмово повідомити Страхувальника/ЗО/Вигодонабувача протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення, з письмовим обґрунтуванням причин відмови. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик має право продовжити 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 (медичних закладів, правоохоронних органів тощо, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше, ніж на 90 (дев'яносто) робочих
--	--	---

		днів.
18	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Підстави відмови у страховій виплаті: навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями; ➤ вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; ➤ подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; ➤ одержання Страхувальником або Вигодонабувачем, чи Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, яка їх заподіяла; ➤ несвоєчасне повідомлення Страхувальником (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди ➤ наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування; ➤ невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) своїх обов'язків за Договором; ➤ відмова ЗО від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після або до настання страхового випадку. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу: ➤ медична допомога по страхових випадках, що відбулись поза строком та/або територією дії Договору, ➤ вид медичної допомоги не передбачений умовами Договору або медичним закладом не передбаченим Договором; ➤ самогубства/замаху на самогубство, навмисного нанесення собі тілесних ушкоджень чи самолікування, цілительства; ➤ використання методів нетрадиційної медицини та/або експериментальних/дослідницьких методів лікування; ➤ коли Застрахованій особі було відомо до укладання Договору про стан здоров'я, який потребує надання медичної допомоги, інформацію про який вона не надала в Декларації про стан здоров'я, якщо така є частиною Заяви на страхування; ➤ стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідком впливу ядерної енергії в будь-якій формі; військових дій, маневрів та інших військових заходів; громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів, терористичних актів; стихійних лих та інших форс-мажорних обставин; дій Застрахованої особи, пов'язаних з порушенням правил дорожнього руху, окрім надання невідкладної допомоги протягом однієї доби; заняття такими видами аматорського спорту чи активного відпочинку: альпінізм, спелеологія, дельтапланеризм, авто/мото спорт, кінний спорт, парашутний спорт, дайвінг, гірськолижний спорт, бокс; заняття будь-яким видом спорту на професійному рівні, нещасний випадок на виробництві, окрім надання екстренної (невідкладної) стаціонарної медичної допомоги до 3 календарних днів. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Медичного закладу та не підлягають відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів,

		які етіологічно з ними пов'язані: алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, а також хвороби та стани, що є наслідками вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, незалежно від термінів виявлення; ➤ психічні, психосоматичні розлади; розлади поведінки; порушення мови; корекція психоемоційних станів; епілесія, у т.ч. посттравматична; ➤ природжені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання та стани; ➤ професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженого медичного закладу відповідно до переліку професійних хвороб затвердженого Кабінетом Міністрів України; ➤ TORCH інфекції, інфекція викликана вірусом Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний моновулеоз, оперізуючий лишай, герпес лабіаліс, фаціаліс; ➤ СНІД (ВІЛ), а також будь-яких станів здоров'я у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, незалежно від строків виявлення; ➤ інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом; ➤ вагітність та пологи, за винятком позаматкової та/або завмерлої вагітності, кровотечі, що загрожує життю вагітної; ➤ безпліддя (первинне, вторинне, чоловіче, жіноче), сексуальна та еректильна дисфункція; ➤ порушення менструального циклу, порушення менопаузи (в т.ч. клімактеричний синдром та ін.), ендометріоз, гіперплазія ендометрію; ➤ дисфункція яєчників (надлишок естрогенів, андрогенів, синдром полікістозних яєчників), гіперпролактинемія, синдром виснаження яєчників; ➤ мастопатія, мастодія, гіпертрофія молочних залоз (гінекомастія тощо), фіброаденоматоз, окрім первинної діагностики УЗД молочних залоз для жінки до 40 років (або мамографія за показами); мамографія для жінок після 40 років (або УЗД молочних залоз за показами); ➤ вікові та хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення: ➤ набуті деформуючі захворювання опорно-рухового апарату (плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні/варусні деформації пальців та стоп; сколіозу, тощо), подагра, наслідки застарілих ушкоджень опорно-рухового апарату, кили (черевної стінки, діафрагмальні та ін.); ➤ грибкові захворювання шкіри та її придатків, внутрішніх органів, псоріаз, екзема, в т.ч.: атопічний дерматит, себорейний дерматит, будь-який вид алопеції, оніходистрофія, гіперкератози, контагіозний моллюск, вугрова хвороба, акне, вітіліго, паразитарні захворювання та інших органів тощо; ➤ гострі інфекційні гепатити (за винятком діагностики та лікування гепатиту А та первинної одноразової якісної діагностики інших видів гепатитів), хронічні гепатити, цироз та гепатоз печінки; ➤ ожиріння, метаболічний синдром; ➤ захворювання в період латентного, персистуючого перебігу, в тому числі персистуючі інфекції; ➤ захворювання та стани новонароджених, що пов'язані з пологовою травмою, дитячий церебральний параліч, розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених. Не підлягають відшкодуванню витрати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування після встановлення остаточного діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані: ➤ захворювання, що мають характер епідемії, в тому числі особливо небезпечні інфекції, при введенні комплексу карантинних заходів в т.ч. Covid-19 (за винятком ГРВІ); захворювання чи наслідки травм, по яких
--	--	---

		встановлено групу інвалідності, крім випадків, коли це захворювання чи травма виникли та група інвалідності по яких встановлено впродовж строку дії Договору; ➤ злоякісні та доброякісні онкологічні захворювання; ➤ туберкульоз; ➤ захворювання ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (в т.ч. амілоїдоз), метаболічна хвороба; ➤ неспецифічні бактеріологічні та грибові захворювання статевих органів ерозії (в т.ч. ектропіон), лейкоплакії та дисплазії шийки матки, поліпи жіночих статевих органів; ➤ кіста яєчника, фіброміома матки, аденоми будь-якої локалізації; ➤ системні захворювання сполучної тканини, аутоімунні захворювання, в т.ч. аутоімунні артропатії та спондилопатії (Хвороба Бехтерева та ін.), ревматизм, ревматоїдний артрит, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт, саркоїдоз, системний червоний вовчак, аутоімунний тиреоїдит; ➤ функціональні порушення (в т.ч. синдром подразненого кишечника, дисбактеріоз, дисбіоз, синдром надлишкового бактеріального росту, диспанкреатизм, диспепсія, функціональний закріп, дискінезія жовчовивідних шляхів, вазомоторний риніт); поліноз; непереносимість лактози, глютену; авітаміноз; ➤ демієлінізуючі захворювання та системні атрофії ЦНС, міастенія, міотонія, аміотрофія, синдром Гієна-Барі; ➤ захворювання крові та кровотворних органів (в т.ч. іммунодефіцитні розлади) за винятком анемії, що зумовлена гострою крововтратою; ➤ хвороби очей та придатків ока, а саме: міопія, гіперметропія, астигматизм, катаракта, астенія, косогляд, глаукома, синдром сухого ока; ➤ прогресуючу, нестабільну стенокардію, гострі порушення ритму серця та провідності, крім надання невідкладної стаціонарної допомоги впродовж 3 діб; ➤ вегето-судинна дистонія (ВСД)/нейро-циркуляторна дистонія (НЦД), дисциркуляторна дистонія (ДЕП), мігрень, окрім надання невідкладної допомоги впродовж 3 діб; ➤ гіпертонічна хвороба; ➤ остеохондроз та інші дорсопатії в т.ч. і кили міжхребцеві за винятком защемлених, крім 2-ох (двох) курсів лікування тривалістю до 30 (тридцяти) днів протягом дії Договору; ➤ варикозна хвороба нижніх кінцівок, крім висхідного тромбофлебиту, флеботромбозу, кровотечі з варикозних вузлів; геморой, крім ускладнених форм, а саме: кровотечі, тромбозу, защемлення. Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних лікарських засобів та виробів медичного призначення: ➤ медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані МОЗ України; ➤ відшкодування вартості двох і більше аналогічних препаратів. Дія даного пункту не поширюється на випадки стаціонарного лікування; ➤ біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, загальнозміцнюючі засоби, вітаміни, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, препарати оподатковувані ПДВ за основною ставкою; ➤ про- та еубіотики, пребіотики, протигрибкові препарати, бактеріофаги, вакцинація (терапевтична та профілактична, окрім антирабійної та вакцинації проти правця; провокаційні проби), імуномодулятори; ензими загальної дії (вобензим, флогензим, дистрептаза, тощо), окрім препарату серрата, мовіназа при захворюваннях: опорно-рухового апарату, органів дихання, ЛОР-органів та шкіри; ➤ гомеопатичні, антигомотоксичні препарати;
--	--	--

		➤ сольові розчини для зрошування слизових оболонок закордонного виробництва, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, крім антисептиків для обробки ран; ➤ Препарати з цитопротектерною дією; ➤ препарати які запобігають каменеутворенню та розчиненню вже існуючих каменів, в т.ч. «Урсофальк»; ➤ лікарські засоби, що впливають на метаболічні процеси, препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини тощо; ➤ препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, гіполіпідемічні препарати, антинеопластичні засоби; ➤ антитромботичні засоби для систематичного чи профілактичного застосування в амбулаторних умовах (клопідогрель («плавікс»), тиклопідин, дабігатрат етексилат («продакса»), ксарелто (ривароксабан), фраксипарин та інші); ➤ лікування препаратами-аналогами гонадотропін-рилізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо); ➤ психотропні, снодійні та заспокійливі засоби, в т.ч. які мають додаткову лікувальну дію (наприклад, спазмолітичну), крім лікування в умовах стаціонару ЧМТ та ГПМК; ➤ медикаменти, які призначені з профілактичною метою; ➤ медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стеніти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, комір Шанца, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези (всі види), ортези, устілки, імпланти (в тому числі стоматологічні), фіксатори зубних протезів, скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, літотрипсії, артроскопії, сітки для грижі, петлі для поліпектомії, кардіостимулятори та ін.); ➤ фіксатори та обладнання для остеосинтезу закордонного виробництва, крім країн-виробників Польща, Чехія, Словенія, Словаччина, Китай, Індія. Скотч-касти» та їх аналоги, за винятком «Скотч-кастів» білого кольору; ➤ медичний інструментарій (крім шприців, крапельниць, одноразових скальпелів, катетерів для проведення внутрішньовенних інфузій, одноразові ендотрахеальні трубки та антибактеріальні фільтри, шовний матеріал, пластир, набори для спинномозкової анестезії); ➤ вироби медичного призначення (пелюшки, підгузки, медичні халати, маски, бахіли, простирадла, клейонки тощо). Страховик не організовує та не відшкодовує витрати щодо наступних послуг та підготовку до надання таких послуг: ➤ діагностика та лікування (в тому числі медикаментозне) будь-якого захворювання в амбулаторних умовах строком понад 30 (тридцять) календарних днів; ➤ лікування хронічного захворювання в стадії ремісії, в тому числі лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень; ➤ медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг; лікування та діагностика, що не відповідають чинним стандартам протоколів діагностики, лікування, тощо, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України, в тому числі Міжнародні протоколи лікування; ➤ альтернативні консультації, повторні та/або не призначені лікарем медичні обстеження Застрахованої особи та/або придбання за її власним бажанням лікарських засобів, товарів медичного призначення без
--	--	--

		відповідних медичних показань (за відсутності призначення лікаря, що лікує); ➤ надання послуги «виклик лікаря» за місцем перебування Застрахованої особи (поза межами лікувально-профілактичного закладу), медичними працівниками, які мають наукові ступені чи керівні посади (к.н.м., д.м.н., професори, завідувачі відділенням, головні лікарі, провідні фахівці та інші); ➤ гідроколонотерапія, лазерні технології (окрім невідкладних станів при страхових діагнозах), склеротерапія; ➤ корекція психоемоційних порушень; ➤ запобігання вагітності, контрацептивні засоби; послуги з планування сім'ї, стерилізації, штучного запліднення; ➤ модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі, зміна ваги; ➤ косметичні, гігієнічні процедури та пластичні операції; ➤ оперативне втручання, пов'язане з пересадкою органів, їх пошуком, доставкою, оплатою донорів, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та ін.), протезування, ендпротезування та імплантація (крім вартості ліжко-дня та харчування, що надається в стаціонарі); ➤ комплексне лікування захворювань та станів, що потребують корегуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної чи антигормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів); ➤ застосування екстракорпоральних методів лікування; ➤ специфічна імунотерапія алергічних захворювань; генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму; ➤ консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, нарколога, логопеда, імунолога, сурдолога, дієтолога, генетика, андролога, сексопатолога, трихолога, косметолога; ➤ транспортні витрати при проведенні медичних маніпуляцій вдома (масаж, ін'єкції, забір аналізів та інше); ➤ медичні довідки для отримання водійського посвідчення, носіння зброї, відвідування басейну, санаторно-курортного лікування та оформлення інших довідок; ➤ транспортування Застрахованої особи до Медичних закладів, за винятком транспортування для надання невідкладної допомоги в стаціонарних умовах або за медичними показами при неможливості надання медичної допомоги необхідного обсягу в тому закладі, де знаходиться застрахована особа; ➤ диспансерний нагляд; ➤ профілактичне та/або реабілітаційне лікування, мануальна терапія, всі види масажу, фізіотерапевтичні процедури, ударно-хвильова терапія, кінезіологічне тейпування, ЛФК; ➤ проведення курсу лікування на бальнеологічних та лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи подібних закладах; відбілювання зубів, нанесення напilenня, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, ортодонтія, ортопедія (в т.ч. вініри), герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пастки; заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням; ➤ харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось повних 3 роки. Можливі наслідки для споживача в разі невиконання ним обов'язків, визначених договором страхування:
--	--	--

		➤ в разі несплати страхової премії договір страхування не набирає чинності чи у випадку оплати страхової премії частинами договір достроково приймає дію; ➤ в разі невчасного повідомлення про настання страхового випадку, Страховик може відмовити у здійсненні страхової виплати чи зменшити її розмір; невиконання інших обов'язків, що визначені за Договором можуть стати підставою для дострокового припинення дії договору, обмеження відповідальності Страховика чи відмови у страховій виплаті лікуванням; ➤ харчування та перебування в стаціонарі батьків із застрахованою дитиною, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось повних 3 роки. Можливі наслідки для споживача в разі невиконання ним обов'язків, визначених договором страхування: ➤ в разі несплати страхової премії договір страхування не набирає чинності чи у випадку оплати страхової премії частинами договір достроково приймає дію; ➤ в разі невчасного повідомлення про настання страхового випадку, Страховик може відмовити у здійсненні страхової виплати чи зменшити її розмір; невиконання інших обов'язків, що визначені за Договором можуть стати підставою для дострокового припинення дії договору, обмеження відповідальності Страховика чи відмови у страховій виплаті
19	3. Інша інформація	
20	Форма договору страхування	у формі електронного документу
21	Канал (и) реалізації страхового продукту	Вебсайт страховика – https://sgtas.ua Програмні застосунки: HOTLINE.FINANCE (App Store) HOTLINE.FINANCE (Google Play) Головний офіс (місцезнаходження) Реєстр страхових посередників
22	Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. ЗАСТЕРЕЖЕННЯ: Споживач зобов'язаний до укладення договору страхування ознайомитись з: інформацією про винятки із страхових випадків та підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, ліміти відповідальності страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, а також порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат. Така інформація викладена у даному Інформаційному документі.
23	Посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Типова форма договору: Зразок електронного полісу Загальні умови страхового продукту