

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт комплексне страхування Grawe Doctor
 (назва страхового продукту)

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.

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 «ГРАВЕ УКРАЇНА» код ЄДРПОУ 19243047
3	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	
4	Місцезнаходження страховика	Україна, 03150, м. Київ, вул. Велика Васильківська, буд. 65
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://www.grawe.ua
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» та клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».
8	Страхові ризики та обмеження страхування	<p>Страховим випадком за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» є певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку; - стійкий розлад функцій організму Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку із визнанням Застрахованої особи особою з інвалідністю, та встановленням Застрахованій особі інвалідності I, II, III групи; - травматичне ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. <p>За наявності даної опції в програмі страхування за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом дії Договору до асистуючої компанії / медичного закладу передбаченого Договором страхування, при настанні нещасного випадку та/або захворювання (небезпечного розладу здоров'я), що трапився в період дії Договору, і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги щодо надання швидкої та невідкладної медичної допомоги, та/або екстреної стаціонарної допомоги та/або амбулаторної допомоги в</p>

		обсягах і якості, передбачених умовами Програми страхування.
9	Територія та строк дії договору страхування	Україна, за виключенням Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, територій з переліку територіальних громад, які розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій, або які перебувають в тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), затвердженого Міністерством з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій України, територій територіальних громад, розташованих в межах до 70 км від лінії проведення воєнних (бойових) дій (лінія проведення воєнних (бойових) дій визначається згідно інтернет-ресурсів https://liveuamap.com та https://deepstatemap.live/#6/49.438/32.053).
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	За класом страхування 1 «Страховання від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» мінімальна страхова сума складає 10 000 грн, а максимальна страхова сума дорівнює 50 000 грн; за класом страхування 2 «Страховання на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» мінімальна страхова сума складає 10 000 грн, а максимальна страхова сума дорівнює 50 000 грн.
11	Франшиза	За даним страховим продуктом франшиза не передбачена
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Мінімальна страхова премія за страховим продуктом складає 350 грн, максимальна страхова премія дорівнює 2 654 грн.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страховальник сплачує страхову премію шляхом перерахування грошових коштів у національній валюті України на поточний рахунок Страховика. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин першого дня місяця, наступного за місяцем сплати страхової премії при умові надходження повної суми страхової премії на поточний рахунок Страховика до 15го числа місяця, в якому здійснено платіж, та діє протягом 365 днів до 24 години 00 хвилин останнього дня строку, визначеного Договором. Договір набуває чинності з 00 годин 00 хвилин 15 числа місяця, наступного за місяцем сплати страхової премії при умові надходження повної суми страхової премії на поточний рахунок Страховика з 15го до 30го числа місяця, в якому здійснено платіж, та діє протягом 365 днів до 24 години 00 хвилин останнього дня строку, визначеного Договором.
14	Обов'язки сторін	Страховик зобов'язаний: - ознайомити Страховальника з умовами Договору та Загальними умовами; - протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати; - при настанні страхового випадку і наявності всіх необхідних документів здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк; - з урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю

страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб;

- при прийнятті рішення про відмову у здійсненні страхової виплати повідомити Страхувальника/Застраховану особу/Вигодонабувача в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у передбачений Договором строк;

- видати Страхувальнику дублікат Договору у разі втрати його примірника;

- при настанні страхового випадку, здійснити страхову виплату у строк, передбачений Договором.

Страховальник зобов'язаний:

- дотримуватись умов та зобов'язань, передбачених Договором;

- своєчасно та в обумовленому у Договорі розмірі вносити страхову премію;

- при укладенні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

- проінформувати Застрахованих осіб про умови Договору, їх права та обов'язки, та їхні дії при настанні страхового випадку, а також отримати їх згоду на страхування;

- вживати необхідні та доцільні заходи, в тому числі рекомендовані Страховиком, щодо запобігання та зменшення ступеня ризику, завданих внаслідок настання страхового випадку;

- протягом 3 (трьох) робочих днів з дня настання відповідної обставини письмово повідомити Страховика про зміну прізвищ, адрес та інших реквізитів Страхувальника та Застрахованих осіб, зазначених у Договорі;

- повідомити про зміну страхового ризику щодо кожної конкретної Застрахованої особи (встановлення групи інвалідності, встановлення недієздатності, виявлення онкологічного захворювання тощо) не пізніше 3 (трьох) робочих днів від моменту, коли йому стало про це відомо;

- дотримуватись інших обов'язків, передбачених умовами Договору, Правилами та законодавством.

Застрахована особа зобов'язана:

- у разі настання страхового випадку звернутися до лікаря та повідомити Страховика про подію у порядку та строк передбачений Договором. В тому числі повідомити Страховика про намір самостійно оплатити послуги або товари для подальшого відшкодування перед отриманням таких послуг або придбанням товарів;

- своєчасно та у повному обсязі пройти призначене лікування, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватись розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі

надається медична допомога з метою недопущення подальшого погіршення стану здоров'я;

- турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;
- у разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;
- виконувати інструкції Страховика, а також надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання страхового випадку;
- надати Страховику всі документи, що стосуються страхового випадку та його наслідків відповідно до умов Договору;
- надавати лікарю-експерту Страховика (асистуючої компанії) можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;
- у разі самостійного звернення у медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 24-х годин з моменту такого звернення, інформувати про це асистуючу компанію за телефонами, які указані в Індивідуальній картці або Договорі. Якщо Страхувальник/Застрахована Особа не мав можливості повідомити Страховика про страховий випадок з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), то після припинення цих обставин зобов'язаний повідомити асистуючу компанію протягом 24-х годин;
- якщо після отримання страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Вигодонабувача/Застраховану особу права на її отримання, то Вигодонабувач/Застрахована особа зобов'язаний повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин;
- за вимогою Страховика та/або представників державних органів, задіяних при страховому випадку, звернутися до медичного закладу з метою отримання освідчення про стан алкогольного, токсичного чи наркотичного сп'яніння, впливу ліків, а на території інших держав – у відповідні офіційні органи цих держав, здійснити усі інші необхідні процедури, передбачені законодавством.

Страховик має право:

- при укладанні Договору запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеня страхового ризику;
- перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також виконання ним умов Договору;
- ініціювати дострокове припинення дії Договору;
- ініціювати внесення змін до Договору;
- у випадку виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, запропонувати Страхувальнику внести зміни в Договір, включаючи умову сплати додаткового додаткової страхової премії;

		<ul style="list-style-type: none"> - перевіряти достовірність документів, наданих Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем/Спадкоємем для отримання страхової виплати; - з'ясовувати причини, обставини та наслідки нещасного випадку та, у разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із нещасним випадком, до правоохоронних органів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини нещасного випадку та отримувати додаткові документи, необхідні для складання страхового акту. При цьому строк складання страхового акту та строк здійснення страхової виплати подовжується на період надсилання запитів і отримання відповідей та додаткових документів; - відстрочити страхову виплату до з'ясування обставин настання страхового випадку або отримання всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати; - відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених чинним законодавством та/або Договором; - без обґрунтування причин, відмовити у прийнятті на страхування. <p>Страхувальник має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ознайомитись з умовами Договору та Загальними умовами; - визначити Застраховану особу (або перелік Застрахованих осіб), які підлягають страхуванню за Договором та призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати; - звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката Договору у період дії Договору у випадку втрати оригіналу Договору; - оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України - ініціювати дострокове припинення дії Договору; - ініціювати внесення змін до умов Договору. <p>Застрахована особа/Вигодонабувач має право:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одержати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах, передбачених Договором; - одержати будь-які роз'яснення за Договором; - оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України; - у разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу належної якості, в обсязі та в межах Лімітів страхування, передбачених Договором.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закінчення строку дії Договору; - виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі; - несплати Страхувальником чергової частини страхової премії (у разі сплати страхової премії частинами)/страхової

премії у встановлений Договором строк. При цьому Договір вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі днем сплати чергової частини страхової премії;

- ліквідації Страхувальника - юридичної особи або Смерті страхувальника - фізичної особи, крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

- в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

Дія Договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це не надав згоду Страхувальник, який виконує всі умови Договору, та якщо інше не передбачено законодавством України.

У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю. У разі передачі страхового портфеля страховику- правонаступнику та припинення Договору відповідно до Закону України «Про страхування» за ініціативою Страхувальника після такої передачі страховик- правонаступник повертає Страхувальнику страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору.

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.

У разі дострокового припинення дії Договору 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 Договору в розмірі **50%** від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору в розмірі **50%** від страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених

		<p>законодавством, в тому числі, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачену страхову премію у повному розмірі шляхом подання Страховику заяви в письмовій формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страхову премію у повному обсязі протягом 10 (десяти) банківських днів з дня надання 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, Договір вважається не укладеним, а Сторони Договору повинні повернути одна одній все отримане за Договором, і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.</p>
16		3. Здійснення страхових виплат
17	<p>Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</p>	<p>За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».</p> <p>У разі настання нещасного випадку під час дії Договору Застрахована особа зобов'язана:</p> <ul style="list-style-type: none"> - за об'єктивної можливості негайно, однак не пізніше 24 годин з моменту настання нещасного випадку, звернутися за допомогою до медичного закладу та виконати всі діагностичні та лікувальні процедури, що призначені лікарем, а також інших компетентних органів (відповідно до характеру події: компетентні підрозділи МВС, служба швидкої медичної допомоги, органи пожежної охорони, служба газу тощо) та заявити про настання нещасного випадку, викликати на місце події їхніх представників, отримати від них документи, що підтверджують факт та обставини настання події. У разі неприбуття зазначених представників на місце події звернутись до територіального відділення органу, яке сповіщалося про подію, для отримання довідки, що підтверджує факт і час звернення; - протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити про це Страховика (засобами телефонного зв'язку, електронною поштою) із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові Застрахованої особи, номера Договору, причин та обставин нещасного випадку, наслідків нещасного випадку (якщо вони відомі). Якщо з поважних причин Застрахована особа не могла повідомити Страховика про настання страхового випадку у встановлений строк, вона повинна підтвердити це документально. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, таких заходів повинні вжити Страхувальник та/або Вигодонабувач та/або близькі родичі Застрахованої особи; - протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання події, яка має ознаки страхового випадку, надати Страховику (представнику Страховика) письмову заяву-повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку, за формою, встановленою Страховиком. Якщо існували істотні причини,

через які заява-повідомлення не була подана своєчасно, вона подається як тільки це буде можливо з обґрунтуванням та документальним підтвердженням причин затримки. Істотними вважатимуться такі причини: перебування Страхувальника/Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, перебування Страхувальника/Застрахованої особи за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо;

- надати Страховику документи, що підтверджують настання, причини та обставини страхового випадку;

- застрахована особа повинна письмово повідомити Страховика заздалегідь (не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів) про свій намір подати медичні документи на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) з метою встановлення групи інвалідності, надати Страховику копії всіх відповідних медичних документів, сприяти участі Страховика у засіданні МСЕК з боку Страхувальника/Застрахованої особи;

- на запит Страховика Застрахована особа повинна надати письмову згоду Страховику на доступ до інформації особистого характеру, що може бути необхідна для роз'яснення обставин нещасного випадку, у державних, юридичних, медичних та інших установах, а також посольствах (консульствах) іноземних держав;

- на вимогу Страховика Застрахована особа повинна негайно письмово повідомити Страховику всю інформацію та надати відповідні медичні документи про стан свого здоров'я (в т.ч. у минулому), своєчасно та в повному обсязі пройти всі визначені Страховиком медичні обстеження, в т.ч. в медичних установах, уповноважених Страховиком.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

При настанні протягом строку дії Договору такого стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно умов Договору, Застрахована особа або її представник повинні звернутися до асистуючої компанії на електронну адресу – care@ensuria.com, за телефоном 0800330390, або через чат-боти <https://ensuria.me/telegram> та [viber](https://ensuria.me/viber) [viber://pa?chatURI=ensuriabot](https://ensuria.me/viber) та надати наступну інформацію:

- номер Індивідуальної картки;

- своє прізвище, ім'я та по батькові;

- причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям).

На підставі отриманої інформації черговий лікар-координатор асистуючої компанії приймає рішення щодо організації надання медичних послуг Застрахованій особі, яка отримує їх, керуючись вказівками лікаря-координатора.

В екстрених випадках, пов'язаних із загрозою життю Застрахованої особи, та за умови неможливості зв'язатися з асистуючою компанією на момент настання такого стану

		<p>здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичних послуг згідно з умовами Договору, медичні послуги можуть бути надані на базі медичних закладів згідно Програми в Додатку №1 та №2 з подальшим інформуванням Страховика або асистуючої компанії протягом 24 годин з моменту настання такого випадку, а у випадку об'єктивних причин неможливості зв'язатися з асистуючою компанією, а саме: перебування у стані непритомності, амнезії, тощо, після припинення цих обставин протягом 24-х годин.</p>
18	Порядок здійснення страхових виплат	<p>За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».</p> <p>Договором передбачено наступний порядок визначення розміру страхових виплат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався протягом дії Договору, Вигодонабувачу або особі, що призначена для отримання страхової виплати відповідно до умов Договору, виплачується 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу; - у разі встановлення I групи інвалідності, страхова виплата становить 100 (сто) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу; - у разі встановлення II групи інвалідності, страхова виплата становить 75 (сімдесят п'ять) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу; - в разі, якщо Застрахована особа не досягла 18-ти річного віку, страховим випадком вважається встановлення категорії «дитина-інвалід» внаслідок нещасного випадку. При встановленні інвалідності особі віком до 18 років, розмір страхової виплати становить – 75 (сімдесят п'ять) % страхової суми на відповідну Застраховану особу; - у разі встановлення III групи інвалідності, страхова виплата становить 50 (п'ятдесят) % від страхової суми на відповідну Застраховану особу; - у разі травматичного ушкодження Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору, страхова виплата становить певний відсоток від страхової суми, який вказаний у Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, що є Додатком до Загальних умов. Якщо в результаті однієї травми з'являться ушкодження, перераховані в одній статті Таблиці розмірів страхових виплат по страхуванню від нещасного випадку, страхова виплата здійснюється по одному з підпунктів, що враховує найбільш складні ушкодження. При ушкодженнях, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підведення підсумків. <p>Загальна сума страхової виплати по одному чи декільком страховим випадкам, які виникли в період дії Договору, не може перевищувати страхової суми на відповідну Застраховану особу. Після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на розмір страхової виплати.</p>

У разі настання стійкої втрати Застрахованою особою працездатності (встановленні I, II, III груп інвалідності) або її смерті внаслідок нещасного випадку за умови попереднього отримання страхової виплати за травматичне ушкодження, Застрахованій особі (Вигодонабувачу) виплачується різниця між лімітом страхової виплати, передбаченої у випадку смерті чи стійкої втрати працездатності, та сумою всіх попередніх виплат, що були здійснені Застрахованій особі за цим страховим випадком.

Якщо Застрахованій особі була вже здійснена страхова виплата згідно за страховим випадком "Травма", а потім за наслідками цього ж нещасного випадку настала стійка втрата працездатності Застрахованої особи, та за умови, що розмір вже здійсненої страхової виплати перевищує розмір належної страхової виплати (% від страхової суми) за страховим випадком «стійка втрата Застрахованою особою працездатності», то Страховик нічого не доплачує за таким страховим випадком.

При визнанні того факту, що Застрахована особа зникла безвісти, страхова виплата не сплачується.

Страховик приймає рішення про здійснення (або відмову у здійсненні) страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів, після отримання всіх документів, необхідних для прийняття такого рішення, та повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням прийнятого рішення. Рішення Страховика оформляються страховим актом.

Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати у випадках:

- якщо у нього є сумніви у правомірності вимог Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача/Спадкоємця на отримання страхової виплати до отримання необхідних доказів підтвердження цих вимог, однак не більше ніж до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату;
- якщо згідно з законодавством України відкрито кримінальне впровадження проти Страхувальника/Застрахованої особи або його уповноважених осіб, та ведеться розслідування обставин, які призвели до настання страхового випадку, до закінчення розслідування та прийняття відповідного рішення по цій справі.

У випадках, коли надані документи суперечать один одному або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір збитку, особу, винну в настанні страхової події, строк прийняття рішення може бути подовжений до 90 (дев'яноста) робочих днів з дати подання заяви на страхову виплату.

Якщо після здійснення страхової виплати виявляться такі обставини, що повністю або частково позбавляють Страхувальника та/або Застраховану особу/Вигодонабувача

права на її отримання, або призвели до підвищення суми страхової виплати, то Страхувальник/Застрахована особа/Вигодонабувач зобов'язані повернути Страховику отриману від нього страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня встановлення таких обставин або отримання вимоги від Страховика.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, спрямовані на настання нещасного випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

- вчинення Застрахованою особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір, умисного злочину, що призвів до нещасного випадку;

- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання нещасного випадку;

- несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про факт настання нещасного випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Підставами для часткової чи повної відмови Страховиком у здійсненні страхової виплати є випадки, коли Страхувальник/Застрахована особа:

- не виконав або неналежно виконав обов'язки, передбачені умовами Договору;

- повідомив невірні дані, що впливають на визначення ступеня ризику на момент укладання Договору;

- не надав лікарю Страховика можливості обстежити потерпілого (Застраховану особу), не виконував лікарських приписів;

- не надав документів, необхідних для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, та/або подав документи, оформлені з порушенням чинних вимог (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень), та/або подав документи, які містять недостовірну інформацію щодо дати, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку у визначений Договором строк.

Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

За Договором Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичних послуг, які були надані Застрахованій особі відповідно до положень Договору на базі медичного закладу, визначеного Договором.

Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом оплати рахунків відповідного медичного закладу за надання Застрахованій особі медичних послуг, передбачених Програмою страхування (Додаток 1 та/або Додаток 2), наданих на підставі відповідного повідомлення або підтвердження чергового лікаря – координатора асистуючої компанії.

У випадку самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, страхова виплата може бути здійснена безпосередньо Застрахованій особі в порядку, передбаченому Договором у розмірах, що не перевищують вартість аналогічних медичних послуг базового медичного закладу, в межах страхової суми.

Страховик має право не оплачувати медичному закладу та не відшкодовувати Застрахованій особі вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі без належного підтвердження асистуючої компанії або до такого підтвердження, за виключенням випадків надання Застрахованій особі медичних послуг в порядку та на підставах, умовами Договору.

Для отримання страхової виплати, самостійної оплати за медичні послуги з подальшим відшкодуванням у Страховій компанії, Застрахована особа надає Страховику наступні документи:

- письмову заяву на страхову виплату за формою Страховика;
- медичну документацію: консультативний висновок та/або виписку з історії хвороби (із зазначенням діагнозу, переліку та кількості медичних послуг та медикаментів, що призначалися лікарями та сплачувалися за рахунок Застрахованої особи), підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;
- квитанції або фіскальні чеки та калькуляції (детальні кошториси робіт), що підтверджують видатки на лікувально-діагностичні медичні послуги;
- фіскальні та товарні чеки з аптечних закладів за придбані медикаменти (належним чином завірені);
- документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати (паспорт);
- довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;
- інші документи за вимогою Страховика.

Документи, зазначені вище, мають бути надані Страховику протягом 10 (десяти) робочих днів з дня виписки з медичного закладу, якщо інше не буде окремо погоджено Сторонами.

Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі документів, зазначених вище, у розмірі 100% витрат, якщо вартість наданих послуг не перевищує рівень цін базових медичних закладів на момент настання страхового випадку

		<p>по відповідній Програмі, що зазначені в Додаток 1 та/або Додаток 3 до Договору.</p> <p>У випадку, якщо вартість наданих послуг перевищує рівень цін базових медичних закладів, зазначених в Додаток 1 або Додаток 2 до Договору, Страховик компенсує тільки ту частку витрат, що не перевищує рівень цін базових медичних закладів. Для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні послуги базових медичних закладів і лікувальної установи, у яку звернулася Застрахована особа. Рішення щодо порівняння рівня цін приймає Страховик.</p> <p>У випадку наявності в калькуляції медичної установи, в яку самостійно звернулася Застрахована особа, позицій, що відсутні в прейскуранті цін базових медичних закладів згідно Додатку 1 та/або Додатку 2 до Договору, за такими послугами Страховик оплачує 50 (п'ятдесят) % витрат.</p> <p>Після здійснення Страховиком страхової виплати розмір страхової суми зменшується на суму виплати. Якщо протягом строку дії Договору сума страхових виплат Застрахованій особі за певною окремою програмою досягне розміру страхової суми, дія Договору стосовно цієї особи за окремою програмою страхування припиняється.</p>
19	<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».</p> <p>Страхові випадки не вважаються страховими, якщо вони сталися внаслідок:</p> <ul style="list-style-type: none"> - умисних дій з боку Застрахованої особи, його Спадкоємців чи інших пов'язаних з ними осіб, призначених для отримання страхової виплати, що призвели до настання нещасного випадку; - участі Застрахованої особи у будь-якій протизаконній діяльності; - навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень; - самогубства або замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законодавством порядку; - дій Застрахованої особи, здійснених у стані погіршення сприйняття дійсності внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; - дій, вчинених внаслідок прямого чи опосередкованого впливу психічного захворювання Застрахованої особи; - отруєння Застрахованої особи внаслідок вживання алкоголю або його сурогатів, наркотичних, медичних або токсичних речовин; - керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без наявності прав водія та/або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або особі, яка не має прав водія;

- участі Застрахованої особи у парі, тобто угоді заснованій на ризику, укладеній між двома або декількома особами (як фізичними та/або юридичними) про виграш, результат якого залежить від обставини, щодо якої невідомо, настане вона чи ні;
 - під час занять Застрахованою особою професійним спортом;
 - впливу радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання, в тому числі того, що виділяється радіоактивними речовинами альфа, бета чи гама випромінюванням, випромінювання нейтронів та такого, що надходить від прискорювачів заряджених часток оптичних (лазери), мікрохвильових чи аналогічних квантових генераторів;
 - дії Застрахованої особи, направлені на невинуватий ризик для життя Застрахованої особи (за винятком тих випадків, коли це було пов'язано з виконанням службових обов'язків, рятуванням свого життя чи життя іншої людини);
 - перебування Застрахованої особи у тюремному ув'язненні чи слідчому ізоляторі, в тому числі затримання правоохоронними органами;
 - прямого чи опосередкованого зв'язку з гострими чи хронічними патологічними станами чи захворюваннями, у тому числі професійними хворобами;
 - самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою, або іншими особами за її дорученням (без медичного призначення лікаря);
 - встановлення Застрахованій особі під час дії Договору підвищеної групи інвалідності в порівнянні з групою інвалідності, яка була встановлена йому до дати підписання Договору, крім випадку, коли таке підвищення є наслідком нещасного випадку, що відбувся із Застрахованою особою протягом строку дії Договору;
 - захворювання на сальмонельоз, дизентерію, гепатит (всіх видів і типів);
 - розладу здоров'я або смерті внаслідок неправильних медичних маніпуляцій.
- До страхових випадків не відносяться і страхова виплата не виплачується, якщо збитки Страхувальника/Застрахованої особи/Вигодонабувача пов'язані з:
- заподіянням моральної шкоди та/або упущеної вигоди (втратою доходу, простоем, штрафом, пенею або таким іншим), будь-яких побічних збитків або витрат;
 - збитками, що не обумовлені подією, на випадок якої особа була застрахована, та збитками, що виникли внаслідок захворювань чи нещасних випадків, які вже мали місце на момент укладення Договору та/або події, що сталася за межами території дії Договору;
 - обставинами, про які Страхувальник/Застрахована особа знав або повинен був знати, але не вжив усіх від нього залежних заходів для запобігання нещасного випадку.

Страховик не здійснює страхову виплату особам, які на момент укладання Договору:

- мають повний вік понад 60 років;
- визнані недієздатними чи обмежені у дієздатності внаслідок психічного розладу, зловживання спиртними напоями, наркотичними чи іншими токсичними речовинами, що викликають залежність та спричиняють патологічні зміни у організмі людини;
- знаходилися на обліку у наркологічному та/або психоневрологічному спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом;
- страждали важкими нервовими захворюваннями та/або органічними ураженнями опорно-рухового апарату та свідомо повністю чи частково приховали це від Страховика та/або надали йому недостовірні відомості, які мали суттєве значення при укладанні Договору.
- мають чи встановлюється у даний час І група інвалідності, а також категорія «дитина – інвалід»;
- визнані безвісти зниклими.

До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання нещасного випадку, який безпосередньо або побічно спричинений, пов'язаний, виникає або збільшується ризик його настання, в тому числі і внаслідок будь-яких піратських та/або військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, антитерористичних операцій, тероризму, або будь-яких інших дій за політичними мотивами (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях).

Дія Договору не розповсюджується на осіб, які займаються професійним спортом або здійснюють професійну діяльність, що відноситься до груп ризику 3П та/або 4П.

Страховик не відшкодовує збитки:

- пов'язані із струсом головного мозку якщо Страхувальник не перебував на стаціонарному лікуванні з отримання медичної допомоги.
- пов'язані із будь-яким розтягненням та частковим розривом зв'язок.

За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».

Страховик має право відмовити у Страховій виплаті, якщо:

1. Застрахована особа вчинила навмисні дії, спрямовані на настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй медичних послуг, крім випадків, пов'язаних з виконанням громадського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється згідно чинного законодавства України.
2. Застрахована особа отримала травму внаслідок будь-якого випадку зазначеного як Виключення за класом

страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)».із страхових випадків і обмеження страхування.

3. Застрахована особа перебувала у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння та/або в результаті пов'язаних з таким станом будь-яких їх наслідків.

4. Страхувальник повідомив неправдиві відомості при укладанні Договору.

5. Страхувальник та/або Застрахована особа порушили умови Договору.

6. Страховику не було надано всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі).

Страховик не організовує та не здійснює оплату медичних послуг, потреба в яких виникла у зв'язку з:

1. Будь-якими захворюваннями Застрахованої особи, в т.ч. хронічними, не пов'язаними з нещасним випадком або захворюванням (небезпечним розладом здоров'я) в період дії Договору.
2. Наслідками травм та хірургічних операцій, що сталися до набуття чинності Договором.
3. Вродженими вадами та аномаліями розвитку, спадковими хворобами.
4. Дегенеративно-дистрофічними захворюваннями (катаракта, глаукома, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, артроз, остеопороз, остеохондроз, сколіоз хребта, плоскостопість тощо).
5. Психічними захворюваннями та невротичними розладами (неврози, астенії, астено-депресивні стани, епілепсія тощо).
6. Вагітністю, крім невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю застрахованої особи.
7. ВІЛ-інфекцією/Снідом, а також пов'язаними з ними хворобами.
8. Доброякісними та злоякісними новоутвореннями.
9. Трансплантацією органів та тканин, окрім аутотрансплантації.
10. Косметологічними та пластичними операціями (окрім випадків, пов'язаних з травмуванням), в т.ч. риносептопластикою, корекція ваги, іншими маніпуляціями, пов'язаними з усуненням косметичних дефектів.
11. Корегуванням гостроти зору (в т.ч. хірургічною, лазерною корекцією), окрім надання невідкладної допомоги.
12. Хворобами периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, облітеруючий ендартеріїт тощо).
13. Лікування зубів і ротової порожнини.
14. Плановою медичною допомогою.
15. Стаціонарним діагностичним обстеженням, крім нещасних випадків та захворювання (небезпечного розладу

	<p>здоров'я), в т.ч. на МСЕК., проходження медичних комісій. Проходженням медичних оглядів.</p> <p>16. Профілактичним, підтримуючим або санаторно-курортним лікуванням.</p> <p>17. Форс-мажорними обставинами (ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, війни, військових дій будь-якого роду, надзвичайного стану, оголошеного органами влади тощо).</p> <p>18. Лікуванням ендокринних захворювань, в тому числі цукрового діабету та його ускладнення.</p> <p>19. Діагностикою та лікуванням професійних захворювань відповідно до висновку уповноваженої установи.</p> <p>20. Діагностикою та лікуванням травм та інших розладів здоров'я, отриманих в результаті професійного заняття спортом. В межах Договору термін «Заняття професійним спортом» означає будь-яке заняття спортом чи подібною до спорту діяльністю за винагороду чи приз, участь у спортивних заходах, змаганнях, чемпіонатах чи кубках, тренування з метою участі у зазначених вище заходах, заняття спортом у рамках членства в спортивних клубах, асоціаціях, лігах чи подібних організаціях.</p> <p>21. Захворювання за якими встановлена група інвалідності.</p> <p>22. Діагностикою та лікуванням цирозу печінки, гепатиту В або С.</p> <p>23. Захворюваннями органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).</p> <p>24. Тяжкими травмами органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).</p> <p>25. Діагностику та лікування таких захворювань як: інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.</p> <p>26. Особливо небезпечними інфекціями згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та № 521 від 25.02.2020.</p> <p>27. Захворювання, які набрали характер епідемій чи пандемій (в т.ч. при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів).</p> <p>28. Лікарські засоби/витратні матеріали, не призначені лікарем не зареєстровані як лікарські засоби та придбані поза аптечною мережею України.</p> <p>29. Лікарські засоби, медикаменти (терміном лікування понад 30 календарних днів) на кожен страховий випадок.</p> <p>Страховик не оплачує медичному закладу та не відшкодовує Застрахованій особі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Витрати на благодійні внески. 2. Витрати на консультації спеціалістів зі статусом докторів/кандидатів медичних наук та/або професорів, окрім випадків залучення їх до консилиуму. 3. Витрати на придбання харчових добавок, стимуляторів загальної дії (бальзам бітнера, біовіталь тощо), ензимів загальної дії (вобензим, флогензим тощо), хондро-, гепатопротекторів/препарати замісної терапії, статини,
--	---

	<p>коректорів імунітету та рівня ліпідів в крові, дезінфікуючих засобів, засобів санітарії та гігієни, інші товари медичного призначення, медичні інструменти, експлонтанти для герніопластики (сітка для пластики гриж живота), предмети догляду.</p> <p>4. Витрати на діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби, гормональний стан, ліпідограма тощо).</p> <p>5. Витрати на медичні послуги чи медикаменти, придбані без призначення лікаря або отриманні без направлення лікаря.</p> <p>6. Витрати, які виникли після закінчення строку дії Договору, за винятком тих обставин, коли екстрене стаціонарне лікування за страховим випадком було розпочато у період дії Договору (у цьому випадку Страховик відшкодовує вартість лікування у стаціонарі протягом строку, що не перевищує 14 (чотирнадцять) діб).</p> <p>7. Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщують або корегують функції уражених органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металостеосинтезу тощо).</p> <p>8. Витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання.</p> <p>9. Витрати на профілактичний масаж, лікування методами народної та нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, мануальна терапія, гомеопатія, іридодіагностика тощо), екстракорпоральні методи лікування.</p> <p>10. Витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою страхування.</p> <p>11. Медичні послуги, одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) медичних закладах або на умовах, що не передбачені Договором.</p> <p>12. Моральну шкоду та упущену вигоду.</p> <p>13. Витрати на подальше обстеження після встановлення не страхового діагнозу.</p> <p>14. Витрати на подальше обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.</p> <p>15. Витрати на перебування в стаціонарі з метою отримання піклувального догляду.</p> <p>16. Операцій на коронарних судинах (стентування, шунтування), протезування клапанів серця і суглобів</p> <p>17. Діагностики, призначень схем лікування та безпосередньо лікування класичних венеричних захворювань (інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом), відповідно до класифікації ВОЗ, таких як, гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз,</p>
--	--

гاردнерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, герпес вірусу 2 типу, папіломо вірусу, кандидозних вульвовагинітів та баланопоститів.

18. послуги, препарати, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями бази медичної установи та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), як розумні та необхідні заходи.

19. Лікування будь-яких хронічних хвороб, крім загострення, що загрожують життю Застрахованої Особи.

До страхових випадків не відносяться та страхова виплата не здійснюється у разі настання події, яка безпосередньо або побічно спричинена, пов'язана, виникає або збільшується в тому числі і внаслідок:

1. Будь-яких військових дій (в тому числі застосування вибухових пристроїв чи вогнепальної зброї), вторгнення військ, повстання, громадських заворушень, страйків, масових заворушень, локаутів, терористичних актів, тероризму, або будь-яких інших дій (в т.ч. внаслідок участі у цих та вищезазначених діях) за політичними мотивами.

2. Для цілей Договору, "тероризм" означає:

а) суспільно небезпечну діяльність, яка полягає у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому невинних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей;

б) будь-яка дія з боку будь-якої особи (осіб), що діє самостійно або від імені або у зв'язку з якою-небудь групою або організацією, що має на меті повалення, тиск або ж вплив на політику уряду де-юре або де-факто або органу державної влади або місцевого органу влади шляхом застосування сили або насильства;

в) використання будь-якої біологічної, хімічної ядерної зброї або інших ядерних пристроїв, або ж вибухонебезпечних речовин або будь-яких руйнівних механізмів або будь-якого роду дії з метою піддати небезпеці безпосередньо чи опосередковано безпеку або майно одного або декількох осіб в цілому або зокрема Страхувальника;

г) будь-якого роду дія або діяльність, яку визначив як терористичний акт правозастосовуючий орган країни чи території, на якій мало місце такого роду дія чи діяльність.

За Договором не можуть бути застрахованими особи:

1. Недієздатні фізичні особи за станом здоров'я.

2. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД.

3. Які мають злякисні новоутворення.

4. Інваліди I та II групи.

5. Хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, гепатити В або С.

		<p>6. Хворі на нервові та психічні розлади (шизофренію, аутизм тощо).</p> <p>7. Хворі на інсульт, розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання.</p> <p>8. Хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями).</p> <p>9. Хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем.</p> <p>10. Які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо).</p> <p>11. Хворі на тяжкі захворювання органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч).</p> <p>12. Особи віком понад 60 років та молодше 10 років.</p>
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	Письмова форма Договору, а саме: паперова.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Головний офіс (місцезнаходження відповідно до інформації, зазначеної на офіційному веб-сайті Страховика). Страхові посередники (з якими підписано відповідні агентські угоди, якими передбачено право укладати договори страхування за цим страховим продуктом) згідно переліку за посиланням: https://www.grawe.ua , Вебсайт Страховика https://www.grawe.ua .
23	Інша інформація про страховий продукт	Даний інформаційний документ визначає страховий продукт із стандартними (типовими) умовами, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів. Інша інформація про страховий продукт в залежності від клієнта та особливостей страхового продукту може бути передбачена Договором страхування.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Повна інформація про стандартний страховий продукт «Комплексне страхування «Grawe Doctor»» розміщена на вебсайті Страховика в мережі Інтернет за посиланням: https://www.grawe.ua/rozkrittja-informacij/non-life/zagalni-umovi-strakhovogo-produktu/ https://www.grawe.ua/rozkrittja-informacij/non-life/informacija-pro-strakhovii-produkt/