

LITE Програми ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ «ДМС ЛАЙТ» (нова редакція)

1. КОД ПРОГРАМИ **4303**
2. СТРАХУВАЛЬНИК
Юридичні особи
3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (ТРЕТЯ ОСОБА)
 Колектив малих та середніх підприємств кількістю від 10 осіб.
 Застраховані особи – дієздатні фізичні особи віком **від 16 до 60 років включно**, на користь яких укладено Договір.
 Можливе страхування родичів працівників Страхувальника 1-го ступеня споріднення (батьки, чоловік, дружина, діти), віком від 0 до 45 років включно, які надали Страхувальнику згоду на страхування.
УВАГА! Питома вага родичі не може бути більше 20% загальної кількості Застрахованих осіб за Договором.
Обов'язкове заповнення Заяви-Анкети - Декларації про стан здоров'я для погодження прийняття на страхування наступних осіб:
 - працівників Страхувальника віком від 46 до 60 років;
 - родичів 1-го ступеня споріднення віком від 16 до 45 років;
 - інвалідів III групи, що є працівниками Страхувальника.
 За результатами оцінки наданої інформації Страховиком можуть бути встановлені окремі умови страхування за Програмою страхування, в т.ч. із застосуванням коригуючих коефіцієнтів до страхового платежу.
4. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ
Україна (за винятком тимчасово окупованих територій відповідно до чинного законодавства України; територій Донецької, Луганської областей та півострова Крим в географічних межах цих адміністративно-територіальних одиниць).
5. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ **1 рік**
6. СПЛАТА СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ
Одноразово.
7. АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ
З питань щодо організації надання медичної допомоги звертатися до:
ТОВ «СОС Сервіс Україна», Код ЄДРПОУ 32073682
 04053, м. Київ, вул. Січових Стрільців, 40
тел.: 044 500 68 75 або 0 800 501 001
моб.тел. (097) 149 55 99 (лише для виклику швидкої медичної допомоги)

8. КАТЕГОРІЇ КЛІНІК

A1	приватні медичні заклади середньої цінової категорії, згідно переліку медичних закладів з якими співпрацює Асистуюча компанія;
A	приватні медичні заклади низької цінової категорії, згідно переліку медичних закладів з якими співпрацює Асистуюча компанія;
B1	державні та відомчі медичні заклади середньої цінової категорії, згідно переліку медичних закладів з якими співпрацює Асистуюча компанія;
B	державні та відомчі медичні заклади помірної цінової категорії згідно переліку медичних закладів з якими співпрацює Асистуюча компанія;
C	стоматологічні заклади;
M	аптечні (фармацевтичні) заклади.

9. СИСТЕМА ФРАНШИЗ

Система франшиз	Клас клінік за Програмою страхування ДМС ЛАЙТ			
	A1	A	B1	B
франшиза на A1	без франшизи	20%	40%	60%
франшиза на A	без франшизи	без франшизи	20%	40%
франшиза на B1	без франшизи	без франшизи	без франшизи	20%
франшиза на B	без франшизи	без франшизи	без франшизи	без франшизи

10. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	За цим Договором не приймаються на страхування особи: - недієздатні фізичні особи за станом здоров'я; - ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД; - які на дату укладання Договору проходять лікування з приводу злоякісного новоутворення; - інваліди I та II групи, діти – інваліди, а також інваліди III групи, якщо вони є працівниками Страхувальника; - хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, цироз печінки, вірусні гепатити, окрім гепатиту А; - хворі, які проходять лікування на важкі нервові розлади, що супроводжуються парезами та паралічами з приводу інсультів, нейроінфекцій, тощо та які мають психічні розлади з приводу епілепсії, шизофренії, аутизму тощо; - хворі на системну склеродермію, системний червоний вовчак; - хворі на розсіяний склероз, демієлінізуючі захворювання; - хворі на цукровий діабет (тяжкі форми з ускладненнями); - хворі на спадкові захворювання, вроджені грубі вади розвитку органів і систем; - які мають тяжкі травми органів центральної нервової системи (забій мозку, крововилив в мозок, відкрита черепно-мозкова травма, розрив спинного мозку тощо); - хворі на хронічну ниркову недостатність (з потребою в гемодіалізі); - хворі на туберкульоз (активна форма); - хворі на тяжкі захворювання органів центральної нервової системи (енцефаліт, менінгіт, епілепсія, параліч); - особи віком понад 61 рік на дату початку дії Договору, якщо інше не погоджено з андерайтером.																
11. ОСОБЛИВОСТІ УКЛАДАННЯ ДОГОВОРІВ ДМС ЛАЙТ	1) Договір укладається без погодження з профільним андерайтером у разі, якщо дотримані всі умови Програми страхування; 2) <u>Загалом за Договором страхування має бути застраховано не менше 10-ти осіб!</u> 3) При страхуванні колективу загальною кількістю від 10-ти до 30-ти осіб має бути обрана одна єдина з запропонованих варіантів Програми страхування. 4) Якщо хоч одна з умов протирічить умовам цієї Програми страхування, умови погоджують з профільним андерайтером та здійснюється індивідуальний розрахунок страхових платежів та Договір укладається на індивідуальних погоджених умовах з андерайтером; 5) В разі укладання Договору страхування на умовах цієї Програми, продавець за 1 тиждень до початку дії Договору має повідомити про це відділ з врегулювання особистих видів страхування задля своєчасної активації страхового покриття, замовлення індивідуальних карток для Застрахованих осіб та передачі Асистуючій компанії умов страхування . 6) Якщо продавець повідомив про початок дії Договору не в зазначені строки в пункті вище, в такому разі продавець має повідомити клієнта про те, що індивідуальні картки Асистуючої компанії для Застрахованих осіб будуть отримані не раніше ніж за тиждень після початку дії такого Договору.																
12. СТРАХОВИЙ ТАРИФУ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. Порядок розрахунку.	<table><tr><th>Програми страхування</th><th>LITE</th><th>Standart LITE</th><th>Elit LITE</th></tr><tr><td>Страхова сума, грн.</td><td>30 000</td><td>50 000</td><td>75 000</td></tr><tr><td>Страховий тариф, %</td><td>6,35%</td><td>6,90%</td><td>10,46%</td></tr><tr><td>Страхові платежі, грн.</td><td>1 905,00 грн.</td><td>3 450,00 грн.</td><td>7 845,00 грн.</td></tr></table> УВАГА! При страхуванні родичів застосовується ризикова надбавка +20% до страхових платежів.	Програми страхування	LITE	Standart LITE	Elit LITE	Страхова сума, грн.	30 000	50 000	75 000	Страховий тариф, %	6,35%	6,90%	10,46%	Страхові платежі, грн.	1 905,00 грн.	3 450,00 грн.	7 845,00 грн.
Програми страхування	LITE	Standart LITE	Elit LITE														
Страхова сума, грн.	30 000	50 000	75 000														
Страховий тариф, %	6,35%	6,90%	10,46%														
Страхові платежі, грн.	1 905,00 грн.	3 450,00 грн.	7 845,00 грн.														
13. КОМІСІЙНА ВИНАГОРОДА (КВ)	10%																

Опції програм ДМС ЛАЙТ

ПРОГРАМИ ДМС ЛАЙТ		LITE	Standart LITE	Elit LITE
Страхова сума на 1 Застраховану особу		30 000	50 000	75 000
ОПЦІЇ ПРОГРАМИ ДМС:				
1.	Швидка та невідкладна медична допомога	ТАК	ТАК	ТАК
	Клас лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ)	В-А1	В-А1	В-А1
	Ліміт страхової суми (СС)	в межах СС	в межах СС	в межах СС
2.	Стаціонарна допомога	ТАК	ТАК	ТАК
2.1.	Термінова (екстрена) госпіталізація	ТАК	ТАК	ТАК
	Клас ЛПЗ	В-В1	В-В1	В-А1
	Ліміт страхової суми (СС)	в межах СС	в межах СС	в межах СС
2.2.	Планова госпіталізація	НІ	НІ	ТАК 1 раз протягом дії Договору
	Клас ЛПЗ	НІ	НІ	В-А
	Ліміт страхової суми (СС)	НІ	НІ	в межах СС
2.3.	Рівень комфортності палат	за наявних вільних місць у відповідному ЛПЗ, передбаченому опцією п. 2.1. та п. 2.2.		
3.	Амбулаторно-поліклінічна допомога	НІ	ТАК	ТАК
	Клас ЛПЗ	НІ	В-А	В-А1
	Ліміт страхової суми (СС)	НІ	в межах СС	в межах СС
3.1.	Первинна та повторна консультація лікаря (лікар «первинної ланки») за профілем захворювання	НІ	ТАК	ТАК
3.2.	Первинна та повторна консультація лікаря – фахівця «вузького» профілю	НІ	ТАК	ТАК
3.3.	Лабораторні загально-клінічні та біохімічні дослідження за медичними показами	НІ	ТАК	ТАК
3.4.	Додаткові лабораторні дослідження	НІ	ТАК	ТАК
3.5.	Інструментальне обстеження	НІ	ТАК	ТАК
3.6.	Додаткові інструментальні обстеження	НІ	ТАК	ТАК
3.7.	Фізіотерапевтичне лікування за призначенням лікаря	НІ	НІ	ТАК
3.8.	Денний стаціонар	НІ	ТАК	ТАК
3.9.	Виклик лікаря додому/офіс	НІ	ТАК	ТАК
3.10.	Медикаменти за призначенням лікаря для лікування основного захворювання	НІ	НІ	ТАК Франшиза – 40%
3.11.	Доставка медикаментів додому/офіс	НІ	НІ	ТАК
3.12.	Експертиза тимчасової непрацездатності з видачею листів тимчасової непрацездатності/довідки після хвороби Застрахованій особі	НІ	ТАК	ТАК
4.	Критичні захворювання	ТАК	НІ	НІ
	Клас ЛПЗ	В-В1	НІ	НІ
	Корпоративний ліміт страхової суми (Грн.)	в межах СС	НІ	НІ
4.1.	Туберкульоз: діагностика та лікування вперше виявленого під час дії Договору	ТАК	НІ	НІ
4.2.	Цукровий діабет 1,2 тип: діагностика та лікування вперше виявленого під час дії Договору	ТАК	НІ	НІ
4.3.	Онкологічні хвороби: діагностика та лікування (в т.ч. хіміо/рентгентерапія, хірургічне лікування) доброякісних пухлин, вперше виявлених під час дії Договору	ТАК	НІ	НІ
4.4.	Онкологічні хвороби: діагностика та лікування (в т.ч. хіміо/рентгентерапія, хірургічне лікування) злоякісних пухлин, лейкозу вперше виявлених під час дії Договору	ТАК	НІ	НІ
4.5.	Вірусні гепатити (за винятком гепатиту А): діагностика та перший курс лікування вперше виявленого під час дії Договору	ТАК	НІ	НІ

СКЛАД ОПЦІЙ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ:

1. ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Дана програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

Швидка медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Виїзд бригади швидкої медичної допомоги в т.ч. спеціалізованої бригади швидкої медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої швидкої медичної допомоги.

Швидка медична допомога може бути надана при станах та захворюваннях, що потребують екстреної або невідкладної медичної допомоги відповідно до чинних Наказів МОЗ та медичних протоколів.

Рішення про необхідність виїзду спеціалізованої бригади швидкої медичної допомоги приймається лікарем Асистуючої компанії, або лікарем звичайної бригади швидкої медичної допомоги

Склад опції:

- ☒ виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа в межах території дії Договору;
- ☒ огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу;
- ☒ діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого, реанімація;
- ☒ медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
- ☒ транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;
- ☒ медична допомога травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти, вата, резинові рукавички, катетери, крапельниці та інше);
- ☒ транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги;
- ☒ транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в стаціонарній медичній допомозі;
- ☒ транспортування з одного медичного закладу в інший профільний медичний заклад в межах України.

За цією опцією лікар Асистуючої компанії не організовує та Страховик не оплачує:

- ☒ виїзд бригади швидкої (невідкладної) медичної допомоги при відсутності медичних показань щодо надання швидкої та невідкладної медичної допомоги (за рішенням лікаря Асистуючої компанії), а також для проведення діагностичних та/або лікувальних заходів (в т.ч. проведення ін'єкцій, забору діагностичного матеріалу тощо) в плановому порядку;
- ☒ виїзд бригади швидкої (невідкладної) медичної допомоги з метою транспортування на планове стаціонарне лікування (за направленням лікаря поліклініки);
- ☒ виїзд бригади швидкої (невідкладної) медичної допомоги на відстань більше 30 км - 50 км. зони від КПП, яка належить до території дії Договору за Програмою страхування.

2. СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА - ТЕРМІНОВА ТА ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару з приводу захворювань (травм), що можуть призвести до смерті чи тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи.

ТЕРМІНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ - госпіталізація, відстрочка якої на певний час (більше ніж на 1 добу) після прийняття рішення лікарем карети швидкої медичної допомоги або лікарем відповідного профілю про його необхідність, може загрожувати життю Застрахованої особи.

Термінова госпіталізація здійснюється до найближчого від місця виклику стаціонару, що може надати кваліфіковану медичну допомогу, в зв'язку з чим умови розміщення в палаті можуть відрізнятися від передбачених Програмою страхування. В будь-якому випадку Страховик прикладатиме всіх зусиль по забезпеченню відповідних умов перебування Застрахованої особи в стаціонарі. Медичне забезпечення одного страхового випадку при терміновій (екстреній) госпіталізації здійснюється строком не більше 30 днів.

ТЕРМІНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ - хірургічне втручання, відстрочка якого на певний час (більше ніж на 6 годин) після прийняття рішення лікаря хірургічного профілю про його необхідність, може загрожувати життю застрахованої особи. Рішення про необхідність термінової госпіталізації приймає виключно лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, поліклініки).

ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ - госпіталізація, відстрочка якої на певний час (більше ніж на 1 добу) після прийняття рішення лікарем карети швидкої медичної допомоги або лікарем відповідного профілю про його необхідність не може загрожувати життю Застрахованої особи. Медичне забезпечення одного страхового випадку при плановій госпіталізації строком не більше 14 днів без хірургічного втручання.

ПЛАНОВЕ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ - хірургічне втручання, відстрочка якого на певний час після прийняття рішення лікаря хірургічного профілю про його необхідність не може загрожувати життю

застрахованої особи.

Страховик покриває видатки на стаціонарне лікування до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, тобто до повного усунення загрози життю та здоров'ю хворого, стабілізації та покращення загального стану до такого ступеню, що лікування може бути закінченим чи продовженим в домашніх умовах - без цілодобового нагляду медичного персоналу.

Склад опції:

- ☒ перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті рівень якої визначений Програмою страхування;
- ☒ планова госпіталізація можлива в тому числі хронічних хвороб, які віднесені до п. 18.3. цього Договору, що повинно бути зазначено у Програмі страхування;
- ☒ дієтичне харчування згідно призначень лікаря, передбачене умовами лікувально-профілактичного закладу (надалі – ЛПЗ);
- ☒ консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування відповідно до профілю захворювання;
- ☒ консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- ☒ проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- ☒ проведення додаткових діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень, що проводяться в спеціалізованих лікувальних закладах в зв'язку з основним захворюванням;
- ☒ проведення тромболізу ферментними антитромбоцитарними препаратами в разі термінової екстреної госпіталізації;
- ☒ **терапевтичне** та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- ☒ забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі (в т.ч. доставка медикаментів до ЛПЗ), за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- ☒ фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
- ☒ лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;
- ☒ **експертиза тимчасової непрацездатності** з видачею листів тимчасової непрацездатності або довідки після хвороби Застрахованій особі (Застрахована особа має попередньо повідомити про таку необхідність Асистуючу компанію). Видача листків тимчасової непрацездатності здійснюється ЛПЗ, які мають такі повноваження;
транспортування в інший стаціонар за згодою Страховика (при Терміновій (екстреній) госпіталізації в разі необхідності).

3. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА

Медична допомога в амбулаторно-поліклінічних закладах організовується в день звернення за допомогою та/або за погодженням з координатором Асистуючої компанії, враховуючи графік роботи закладу або лікаря, консультації якого необхідно організувати.

Склад опції:

- ☒ первинна та повторна консультація лікаря загальної практики – сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт;
- ☒ за направленням лікаря загальної практики консультації вузькопрофільних спеціалістів: оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог, кардіолог, хірург, уролог, гінеколог, мамолог, дерматолог, ендокринолог, гастроентеролог, травматолог, проктолог та інших спеціалістів, передбачених Програмою страхування. Консультації провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, завідуючих відділень відшкодовується 100% на базі передбачених Програмою страхування ЛПЗ в разі відсутності іншого спеціаліста;
- ☒ діагностика та 1-й курс лікування (до 30 діб) протягом дії Договору, одна контрольна діагностика за результатами проведеного курсу лікування з приводу: гострих або хронічних кольпітів, цервицитів, вульвовагінітів, дисбіозів/дисбактеріозів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони не є складовою змішаної інфекції;
- ☒ проведення альтернативних консультацій, виключно в складних випадках, обумовлених стандартами медичних послуг МОЗ України за медичними показаннями;
- ☒ проведення лабораторних загально-клінічних та біохімічних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показаннями: загально-клінічні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, копрограма, кал на гельмінти, тощо), печінкові та ниркові проби, електроліти тощо;
- ☒ проведення додаткових лабораторних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показаннями з приводу основного захворювання, що проводяться в спеціалізованих лабораторіях: гематологічна і гормональна панель, бактеріологічні дослідження, інфекційна панель в обсязі передбаченому Програмою страхування;
- ☒ проведення інструментальних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показаннями: ультразвукова діагностика (УЗД), ендоскопічні маніпуляції, рентгенологічні дослідження (рентгенографія, флюорографія),

ЕКГ, інструментальні функціональні дослідження (велоергометрія (ВЕМ), тредміл-тест);

- ☒ проведення додаткових інструментальних обстежень в амбулаторних умовах за медичними показами з приводу основного захворювання, що проводяться в спеціалізованих медичних закладах: УЗ-доплерографія, комп'ютерна томографія (КТ, ПЕТ-КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), реоенцефалограма (РЕГ), реовазографія;
- ☒ проведення амбулаторних хірургічних операцій в умовах поліклініки («мала» хірургія) за медичними показами;
- ☒ покриття засобів медичного призначення, розхідних матеріалів: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст» (виключно для Застрахованих осіб по Програмі страхування «VIP»), засоби, які необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо);
- ☒ експертиза **тимчасової непрацездатності** з видачею листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі (Застрахована особа має попередньо повідомити про таку необхідність Асистуючу компанію). Видача листків тимчасової непрацездатності здійснюється ЛПЗ, які мають такі повноваження.

I. Фізіотерапевтичне лікування при амбулаторно – поліклінічній допомозі:

Дана опція передбачає організацію та оплату лікування основного захворювання фізичними методами (апаратними та ручними) в амбулаторних умовах в медичних установах за призначенням лікаря, передбачених Програмою страхування за опцією «Амбулаторно-поліклінічна допомога»

Склад опції:

- ☒ апаратні методи лікування (магнітотерапія, електрофорез, УВЧ (СВЧ), ЛФК - терапія, підводне витягання, лазеротерапія, тощо), голкорексфлексотерапія – не більше 10 процедур по кожному з методів лікування на рік на 1 (одну) Застраховану особу;
- ☒ **лікувальний масаж або мануальна терапія** за медичними показаннями за призначенням лікаря – не більше 10 сеансів на рік;

За цією опцією лікар Асистуючої компанії не організовує, Страховик не оплачує:

- ☒ лікування методами нетрадиційної та народної медицини;
- ☒ діагностику та лікування хронічних хвороб в стані ремісії.

Виклик лікаря додому/офіс

Медична допомога на дому (в офісі) організовується виключно в робочі дні, в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Вибір лікаря та медичної установи, яка надає допомогу залишається за Асистансом та/або Страховиком.

Опція «Виклик лікаря додому/ в офіс» покривається в повному обсязі на базі ЛПЗ, які зазначені в Програмі страхування та за умови наявності даної послуги в регіоні та/або на базі ЛПЗ.

Показання для виклику лікаря - терапевта: підвищення температури тіла вище 38,0°С; запаморочення, відхилення значення артеріального тиску крові більш, як на 30 мм.рт.ст. від звичного; блювання, пронос, інші ознаки харчового отруєння або інфекційного захворювання; інтенсивний біль в суглобах, спині, або інший такий стан Застрахованої особи, що не дозволяє їй самостійно відвідати лікаря в поліклініці.

Склад опції:

- ☒ консультація лікаря-терапевта вдома або в офісі у випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не має можливості звернутись за допомогою в поліклініку;
- ☒ виклик провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, завідуючих відділень, тільки терапевта та/або педіатра, відшкодовується 100% на базі передбачених Програмою страхування ЛПЗ в разі відсутності іншого спеціаліста;
- ☒ транспортні витрати на транспортування лікаря – терапевта до дому/офісу Застрахованої особи Страховик сплачує:
100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
100% - у випадку знаходження Застрахованої особи **у межах 30 - км зони** навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
50% - у випадку знаходження Застрахованої особи **до 50 - км зони** навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
- ☒ лікар вдома консультує застраховану особу, установлює діагноз, призначає медикаментозну терапію (у більшості випадків видає медикаменти першої необхідності в залежності від діагнозу), вирішує питання подальшого етапу лікування (поліклініка, стаціонар), призначає необхідні методи діагностики (лабораторні чи інструментальні), вирішує питання тимчасової непрацездатності;
- ☒ подальший нагляд за покращенням стану проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- ☒ організація консультації вузького фахівця, забір матеріалу для проведення аналізу на дому, можливе інструментальне дослідження (ЕКГ, УЗД) організовується виключно для лежачих тяжкохворих. Забір матеріалу вдома проводиться при установленні лікарем діагнозу інфекційної хвороби (відповідно до вимог МОЗ України – обстеження на дифтерію при гострій ангіні, обстеження на дизентерію, сальмонельоз тощо);

За цією опцією лікар Асистуючої компанії не організовує, а Страховик не оплачує:

- ☒ виклик лікаря додому без медичних показань або з приводу хвороби, яка не вважається страховим випадком;

- ☒ консультації вузького фахівця, забір матеріалу для проведення аналізу на дому, інструментальне дослідження (ЕКГ, УЗД), якщо стан хворого дозволяє звернутися до медичного закладу (поліклініки, лабораторії, тощо);
- ☒ транспортні витрати на транспортування лікаря – терапевта до дому/офісу Застрахованої особи, яка знаходиться за межами 50 км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу.

Денний стаціонар

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах денного стаціонару на підставі рішення лікаря про необхідність такого стаціонарного лікування.

Денний стаціонар організовується протягом 1 (однієї) - 3 (трьох) діб з моменту направлення лікарем в ЛПЗ, які обумовлені Договором.

Лікуванню в умовах денного стаціонару підлягають Застраховані особи:

- які потребують за станом свого здоров'я використання лікувальних засобів, після застосування яких необхідне спостереження медичним персоналом протягом деякого часу, в зв'язку з можливими негативними наслідками;
- яким необхідні внутрішньовенні крапельні введення медичних препаратів протягом порівняно тривалого часу;
- яким необхідне введення різними методами медичних препаратів через певні проміжки часу протягом дня;
- які, потребують проведення складних діагностичних обстежень з тривалою підготовкою, яку можна проводити тільки в умовах медичного закладу;
- які потребують лікувальних заходів після яких необхідний ліжковий режим протягом деякого часу.

Склад опції:

- ☒ перебування Застрахованої особи в умовах денного стаціонару;
- ☒ консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- ☒ консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- ☒ проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах денного стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- ☒ забезпечення медикаментами та витратними матеріалами (шприці, бинти, катетери тощо) лікувального процесу в умовах денного стаціонару на умовах та в межах лімітів, визначених опцією Амбулаторно-поліклінічна допомога;
- ☒ фізіотерапевтичні процедури в умовах денного стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу.

За цією опцією лікар Асистуючої компанії не організовує, Страховик не оплачує:

- ☒ транспортування в стаціонар;
- ☒ харчування в умовах денного стаціонару;
- ☒ лікування в санаторних умовах, лікування в домашніх умовах;
- ☒ лікування методами народної та нетрадиційної медицини в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, склеро діагностика та склеро терапія, біоенергетика, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування;
- ☒ гідроклонотерапія, перебування в барокамері, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- ☒ діагностику та лікування супутніх хронічних хвороб в стадії ремісії;
- ☒ індивідуальний догляд (пост) за хворим.

Медикаменти – за призначенням лікаря

Дана опція передбачає забезпечення через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик та/або Асистуюча компанія, Застрахованих осіб медичними препаратами, які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами для лікування основного захворювання курсом до 30 днів за кожною нозологією протягом року, в т.ч.:

- ☒ гомеопатичні препарати, незалежно від виробника;
- ☒ пробіотики – в комплексі лікування антибіотиками;
- ☒ гепатопротектори – при лікуванні гепатитів та в комплексі лікування антибіотиками;
- ☒ ферментні препарати – тільки при гострих хворобах або загостренні хронічних хвороб шлунку, підшлункової залози, кишківника;
- ☒ хондропротектори – тільки при переломах кісток та суглобів;
- ☒ фітопрепарати;
- ☒ ноотропи та ангипротектори – при гострому порушенні мозкового кровообігу, гострому менінгіті, енцефаліті, травмі головного мозку;
- ☒ специфічні імуностимулюючі препарати протівірусної дії – при грипі, гострих респіраторних вірусних інфекціях середнього та важкого ступеню тяжкості (які супроводжуються підвищенням температури вище 37,5°C), герпетичної інфекції (за винятком герпетичного ураження гінетальних органів) – курс до 30 днів.

За цією опцією Страховик не організовує та не оплачує медикаменти, товари медичного призначення, які зазначені в п. 18.5. Договору страхування.

Доставка медикаментів додому/в офіс

Доставка медикаментів додому та в офіс (за наявності такої послуги в аптеках, з якими співпрацює Асистуюча компанія та при вартості замовлення більше 200 грн), протягом доби з моменту вимоги Застрахованої особи та в межах території дії Договору.

Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:

- 1) після визначення плану лікування, лікар ЛПЗ зв'язується з Асистуючою компанією та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованої особи та їх кількість;
- 2) лікар Асистуючої компанії зв'язується з аптекою, що здійснює доставку медикаментів;
- 3) за наявності необхідних медикаментів в таких аптеках, Асистуюча компанія замовляє потрібні медикаменти та узгоджує вартість, час та місце доставки;
- 4) Асистуюча компанія інформує та узгоджує із Застрахованою особою час та місце доставки медикаментів.

У випадку придбання за власні кошти Застрахованої особи медикаментів за призначенням лікаря ЛПЗ поза аптечної мережі Асистуючої компанії - 100% відшкодування вартості медикаментів на умовах визначених п.17.10 Договору страхування.

■ КРИТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Онкологічні хвороби

Діагностика та 1-й курс лікування протягом дії Договору «Злоякісних новоутворень» та «Доброякісних новоутворень», в разі звернення Застрахованої особи не раніше ніж через 60 днів від початку дії Договору, виключно в ліміті страхової суми, визначеної Програмою страхування, та обсягах, зазначених нижче:

- ☒ необхідні лабораторно-діагностичні заходи;
- ☒ консультативні послуги профільних спеціалістів;
- ☒ оперативне лікування першого етапу (на період первинної госпіталізації);
- ☒ оперативне втручання з приводу доброякісних новоутворень за прямими (не косметичними) показаннями (ерозія шийки матки, дисплазія, вузловий зоб, порушена цілісність (кровоточить) родимки, доброякісні пухлини мозку та внутрішніх органів, міоми і фіброміоми тощо), видалення бородавок, якщо покриття вперше виявлених «Доброякісних новоутворень» перебачено Програмою страхування;
- ☒ променева післяопераційна терапія першого етапу (на період первинної госпіталізації);
- ☒ онкомаркери;
- ☒ хіміотерапія (на період первинної госпіталізації).

За цією опцією Страховик не оплачує:

- ☒ після проведення 1-го курсу лікування Страховик не оплачує повторні консультації лікарів, повторну діагностику та лікування, в тому числі медикаментозне лікування;
- ☒ пересадку органів та тканин, стоволових клітин, кісткового мозку, протезування органів, пластичні операції, в тому числі мамо пластика;
- ☒ видалення доброякісних пухлин, які не мають ускладнення та не загрожують малігнізації (переродженню в злоякісну пухлину), в тому числі видалення родимок, папілом, ліпом, атером, гемангіом, кист тощо;
- ☒ медикаментозне лікування доброякісних новоутворень гормонального, вікового, вірусного ґенезу (вузли, ерозія шийки матки, дисплазія, міоми, фіброміоми, кисти, папіломи тощо);
- ☒ лікування супутніх хвороб, пов'язаних з основним захворюванням за цією опцією.

Туберкульоз

Діагностика та 1-й курс лікування протягом дії Договору «Туберкульозу» передбачає консультативні, діагностичні, лікувальні медичні послуги з моменту встановлення діагнозу, вперше виявленого протягом дії договору страхування туберкульозу, виключно в ліміті страхової суми, визначеної Програмою страхування, та обсягах, зазначених нижче.

Склад опції:

- ☒ необхідні лабораторно-діагностичні заходи (рентген, бактеріологічні, цитологічні дослідження тощо);
- ☒ консультативні послуги профільних спеціалістів НДІ фтизіатрії та пульмонології;
- ☒ медикаментозне забезпечення за основним діагнозом.

Цукровий діабет

Діагностика та 1-й курс лікування протягом дії Договору до 30 діб протягом дії Договору «Цукрового діабету» передбачає: консультативні, діагностичні, лікувальні медичні послуги з моменту встановлення діагнозу вперше виявленого протягом дії Договору, виключно в ліміті страхової суми, визначеної Програмою страхування, та обсягах, зазначених нижче.

Склад опції:

- ☒ необхідні лабораторно-діагностичні заходи за призначенням лікаря;
- ☒ проведення необхідних інструментальних методів діагностики – за призначенням лікаря ендокринолога;
- ☒ лабораторні методи дослідження (клінічні, біохімічні, гормональні);
- ☒ лікування в стаціонарних умовах покривається страховиком виключно у спеціалізованому медичному закладі державного та/або відомчого підпорядкування;
- ☒ консультативні послуги профільних спеціалістів (ендокринолога та лікарів спеціалістів за направленням ендокринолога);
- ☒ стаціонарне лікування та медикаментозне забезпечення (окрім інсулінів для постійного прийому) в

стаціонарних умовах;

- ☒ діагностика та лікування в поліклінічних умовах може проводитися на базі клініки із списку Страховика, передбаченої опцією програми страхування «Амбулаторно-поліклінічна допомога»;
- ☒ перший курс лікування, що покривається Страховиком (в умовах стаціонару чи поліклініки).

За цією опцією Страховик не оплачує:

- ☒ після проведення першого курсу лікування Страховик не оплачує повторні консультації лікарів, повторну діагностику та лікування, в тому числі медикаментозне лікування;
- ☒ лікування методами народної та нетрадиційної медицини в т.ч. гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, склеро діагностика та склеро терапія, біоенергетика, діагностика за методом Фолля та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування;
- ☒ стаціонар вдома;
- ☒ лікування в умовах санаторію, пансіонату тощо;
- ☒ гормонотерапія, призначена для довгострокового приймання, в тому числі цукрознижувальні препарати;
- ☒ лікування супутніх хвороб поза стадією загострення, пов'язаних чи не пов'язаних з основним захворюванням;
- ☒ діагностика, лікування, в т.ч. оперативні втручання щодо вузлового зобу, кисти щитовидної залози – покриваються Страховиком за опцією «Онкологічні хвороби».

Вірусні гепатити, за винятком гепатиту А:

Діагностика та 1-й курс лікування протягом дії Договору до 30 діб вперше виявленого захворювання в період дії Договору страхування.

СТРАХОВИК	СТРАХУВАЛЬНИК
ПрАТ «СК «Свроінс Україна» (посада) _____/_____ (підпис, М.П.)	 (посада) _____/_____ (підпис, М.П.)