ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішенням правління ПрАТ «ВЕЛТА»
від 28 червня 2024 р., протокол № 5/2024

Загальні умови страхового продукту

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

м. Київ - 2024р.

1. Загальні положення

1.1. Ці Загальні умови страхового продукту МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ (далі – Загальні умови страхового продукту) визначаються на підставі внутрішньої політики з андерайтингу та внутрішньої політики з розроблення та впровадження страхових продуктів Приватного акціонерного товариства «Велта» (далі - Страховик).

Страховий продукт МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ не є стандартним страховим продуктом.

1.2. Всі редакції Загальних умов страхового продукту розміщуються та зберігаються на веб-сайті Страховика у відкритому доступі із зазначенням строку їх дії.

1.3. Відповідно до Загальних умов страхового продукту укладаються договори медичного страхування (далі – Договір страхування). Укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, сертифікатом.

1.4. Договорами страхування передбачається обов'язок Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій застрахованій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування.

За Договором страхування, укладеним за ризиком "медичне страхування", у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.5. Договором страхування можуть бути визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана страховим випадком, уключаючи вид медичної допомоги, що надається застрахованій особі, мінімальна тривалість лікування, ознаки тяжкості розладу здоров'я, перебігу хвороби, певний перелік травматичних ушкоджень, інших розладів здоров'я, хвороб, станів, що включені до або виключені із страхового покриття за Договором страхування.

2. Визначення понять і термінів, що вживаються в договорі страхування

2.1. В Договорі страхування поняття і терміни вживаються в значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Положенням про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування, що затверджене Постановою Правління НБУ від 25.12.2023р. №182, іншими нормативно-правовими актами.

2.2. Якщо інше не визначено законодавством, в Договорі страхування поняття і терміни вживаються в такому значенні:

Асистуючи послуги - допомога (послуги), яка (які) відповідно до умов Договору страхування може (можуть) надаватися безпосередньо Страховиком, асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору про надання такої допомоги (таких послуг) та згідно з вимогами законодавства України і може (можуть) включати координацію дій застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, які надають допомогу / послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль за наданням такої допомоги / таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу / такі послуги, інших дій, спрямованих на врегулювання події, що має ознаки страхового випадку, уключаючи оплату асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги / таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі страховиком.

Вигодонабувач - особа, яка має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства.

Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, здоров'я якої є об'єктом страхування за Договором страхування.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування.

Програма медичного страхування – складений Страховиком перелік видів послуг, витрати на надання яких сплачує Страховик при настанні страхового випадку (викладені у Додатку 1 до цих Загальних умов страхового продукту).

Раптовим захворюванням вважається несподіване погіршення стану здоров'я страхувальника (застрахованої особи), що вимагає невідкладного медичного втручання.

Страховий акт - рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування або законодавством, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування або відповідно до законодавства.

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.

Страховий ризик - подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страхові ризики, стосовно яких здійснюється медичне страхування, зазначаються у Програмі страхування до Договору страхування.

Страхувальник – особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Хронічним захворюванням вважається хвороба, що повільно починається і прогресує, продовжується більше, ніж 6 тижнів з періодами загострення та покращення.

2.3. При укладенні Договору страхування Страховик та Страхувальник можуть домовитися про тлумачення інших нормативно не визначених термінів.

3. Умови страхового покриття

3.1. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування або закону.

3.2. Строкова складова страхового захисту:

3.2.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.

3.3. Територіальна складова страхового захисту:

3.3.1. Договір страхування діє в межах території України. В Договорі страхування можуть бути визначені обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється.

3.4. Вартісна складова страхового захисту:

3.4.1. Страхова сума визначається та встановлюється за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування виходячи з обсягу медичної допомоги, що передбачається обраною Страхувальником Програмою медичного страхування.

3.4.2. Договором страхування може передбачатися франшиза (частина збитків, що н відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування).

3.5. Страхове покриття за конкретним Договором страхування крім складових, перелічених в п.3.2. – 3.4. Загальних умов страхового продукту, включає:

3.5.1. Сукупність страхових ризиків, на випадок настання яких здійснюється страхування;

3.5.2. Об’єкт страхування.

4. Права та обов'язки сторін, відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору

4.1. Страхувальник має право:

4.1.1. отримувати від Страховика консультації, роз’яснення та довідки з питань умов страхування та послуг за Договором страхування;

4.1.2. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин;

4.1.3. вимагати дострокового припинення дії Договору страхування, якщо це ним передбачено;

4.1.4. вимагати у медичних закладах, до яких Страхувальник (застрахована особа) був направлений Страховиком (представником страховика) у відповідності з укладеним Договором страхування, надання кваліфікованої медичної допомоги згідно умовам обраної програми, за якою був укладений Договір страхування. У випадку, якщо відповідна медична допомога не буде надана, Страхувальник (застрахована особа) повинен негайно повідомити про це Страховика.

4.1.5. до настання страхового випадку збільшити страхову суму, уклавши зі Страховиком додаткову угоду про це і сплативши додаткову страхову премію. При цьому Страховик має право вимагати додаткового медичного обстеження Страхувальника (застрахованої особи), але при проходженні медичного обстеження Страхувальником (застрахованою особою) в закладі охорони здоров’я, визначеному Страховиком, воно провадиться виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов’язаних з таким обстеженням. Договір страхування за новими умовами набирає чинності з 00 годин дня, що настає за днем сплати додаткової страхової премії (надходження коштів на поточний рахунок Страховика).

4.1.6. до настання страхового випадку змінити застраховану особу за згодою Страховика шляхом внесення змін до Договору страхування:

- включення до переліку застрахованих осіб нової особи, з переглядом та коригуванням, я у разі потреби, необхідних платежів за Договором страхування;
- виключення певної застрахованої особи із переліку застрахованих осіб, з переглядом та коригуванням, у разі потреби, необхідних платежів за Договором страхування;
- заміни застрахованої особи за Договором страхування за наявності письмової згоди застрахованої особи, що замінюється, та Страховика.

4.2. Страхувальник зобов’язаний:

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

4.2.2. протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування;

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

4.2.4. вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

4.3. Страховик має право:

4.3.1. перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також належне виконання ним умов Договору страхування;

4.3.2. звертатися з запитами до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку;

4.3.3. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, запропонувати Страхувальнику змінити або доповнити Договір страхування, включаючи підвищення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми, або достроково припинити Договір страхування у разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування;

4.3.4. вимагати дострокового припинення дії Договору страхування, якщо це ним передбачено.

4.4. Страховик зобов'язаний:

4.4.1. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений Договором страхування строк;

4.4.2. у разі настання страхового випадку відшкодувати витрати, понесені Страхувальником для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

4.4.3. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

4.5. У разі нездійснення Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору страхування або законодавства Страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування або законом.

4.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші обов'язки та права сторін, що не суперечать Загальним умовам страхового продукту та чинному законодавству України.

5. Порядок внесення змін, дострокового припинення чи розірвання договору, їх правові наслідки

5.1. Порядок внесення змін до Договору страхування:

5.1.1. Будь-які зміни до Договору страхування здійснюються за згодою сторін.

5.1.2. Зміни до Договору страхування мають бути вчинені в письмовій формі (паперовій або електронній).

5.2. Порядок дострокового припинення чи розірвання Договору страхування:

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

5.2.2. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю, у порядку, встановленому законодавством. У разі передачі страхового портфеля страховику-правонаступнику та припинення Договору страхування відповідно до частини 3 статті 56 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 страхування.

5.2.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніш як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.3. Правові наслідки дострокового припинення чи розірвання Договору страхування:

5.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

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

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

5.3.4. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

5.3.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі здійснювалися в безготівковій формі.

6. Порядок відмови від договору страхування

6.1. Страхувальник не може скористатися правом, передбаченим п.4.1.2. цих Загальних умов страхового продукту якщо:

1) строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів;

2) за Договором страхування повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку.

6.2. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій (електронній) формі.

6.3. Страховик у зазначений Договором страхування та/або законом строк зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

7. Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

7.1. Відповідно до цих Загальних умов страхового продукту подією, що має ознаки страхового випадку, вважається необхідність звернення Страхувальника (застрахованої особи) під час дії Договору страхування до медичних закладів при раптовому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, нещасних випадках за медичною допомогою. Конкретний порядок організації медичної допомоги залежить від обраної Програми медичного страхування та визначається Договором страхування та відповідною програмою.

7.2. Рішення про місце та порядок надання допомоги, що передбачена Договором страхування, приймають представник Страховика або лікарі та оператори Страховика. У екстрених випадках питання госпіталізації вирішують лікарі швидкої медичної допомоги.

Екстреним випадком вважається нещасний випадок або раптове захворювання, які пов'язані з ризиком для життя Страхувальника (застрахованої особи) та з настанням яких об'єктивно немає можливості повідомлення Страховика (представника Страховика).

7.3. Медична допомога та інші послуги, що надаються Страхувальнику (застрахованій особі), регламентуються умовами програм медичного страхування. Умови програм медичного страхування є невід'ємною частиною Договору страхування і Страхувальник ознайомлюється з ними при укладенні договору, обираючи прийнятну для себе програму.

7.4. У спірних питаннях, остаточне рішення про необхідність надання певного виду медичної допомоги може прийматися спільно лікарями Страховика та лікарсько-

консультативної комісії (ЛКК) поліклініки за місцем проживання Страхувальника (застрахованої особи) (за винятком необхідності надання екстреної медичної допомоги).

7.5. Для отримання передбаченої Договором страхування та Програмою медичної допомоги Страхувальник (застрахована особа) звертається до медичної або іншої установи, передбаченої Договором страхування або узгодженої зі Страховиком, або до Страховика.

7.6. Страхувальник (застрахована особа) зобов'язаний:

7.6.1. При виникненні необхідності у медичній допомозі звернутися до Страховика або його представника за адресою і номерами телефонів, які зазначені у Договорі страхування (страховому полісі, сертифікаті) та повідомити:

- прізвище, ім’я та по батькові Страхувальника (застрахованої особи), серію, номер і строк дії Договору страхування (страхового полісу, сертифікату);
- вказати місце, де знаходиться, номер телефону, за яким з ним може зв’язатися Страховик (представник Страховика), або номер телефону і адресу лікарні;
- детально описати проблему, що виникла у Страхувальника (застрахованої особи) зі здоров’ям.

7.6.2. Для отримання необхідної медичної допомоги Страхувальник (застрахована особа) звертається до медичного закладу за направленням Страховика (представника страховика).

Направленням вважається повідомлення Страховиком (представником страховика) Страхувальника (застрахованої особи) про те, в який медичний заклад або до якого лікаря, з якими Страховик (представник Страховика) уклав договори про надання медичних послуг, має звернутися Страхувальник (застрахована особа).

7.6.3. Для отримання передбаченої Договором страхування та Програмою медичного страхування медичної допомоги Страхувальник (застрахована особа) може, за попередньою згодою Страховика і якщо це передбачено Договором страхування, при погіршенні стану здоров'я та/або стані, що потребує медичної допомоги, а також інших обставин, передбачених умовами Договору страхування, звернутися до будь-якої медичної чи іншої установи та самостійно сплатити медичну допомогу, передбачену Програмою медичного страхування. Після отримання послуг, але не пізніше, ніж 30 календарних днів з дня закінчення строку дії Договору страхування, Страхувальник (застрахована особа) для отримання страхового відшкодування особистих коштів, витрачених на оплату медичних послуг, повинен надіслати рекомендованим листом або кур’єрською службою на адресу Страховика заяву та відповідні документи, якщо інший спосіб та порядок подання таких документів не встановлений Договором страхування.

7.7. При виникненні екстреного випадку повинні бути вжити всі заходи для термінового одержання невідкладної допомоги будь-якими можливими засобами. Страховик (представник страховика) повинен бути поінформований про те, що сталося, як тільки це стане можливим.

7.8. Обов’язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника або іншу особу, визначену Договором страхування.

7.9. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страховик зобов’язаний встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

7.10. Страховик, у разі потреби, має право звертатися до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров’я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, у порядку, визначеному статтями 103 та 113 Закону України «Про страхування». Страховик також може самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з’ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку.

7.11. Договором страхування можуть бути передбачені й інші дії при настанні події, що має ознаки страхового випадку, які не суперечать цим Загальним умовам страхового продукту та чинному законодавству України.

8. Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат

8.1. Відшкодування витрат за надання Страхувальнику (застрахованій особі) медичних послуг здійснюється Страховиком (або його представником) закладу, що надав ці послуги.

Страховик (представник Страховика) у разі настання страхового випадку оплачує медичному закладу, в який був направлений чи звернувся страхувальник (застрахована особа), витрати на надання медичних послуг в обсязі та на умовах Програми медичного страхування, обраної Страхувальником. Програмою медичного страхування можуть визначатися також інші послуги та сума, в межах якої ці послуги оплачуються.

8.2. При настанні страхового випадку Страховик (представник Страховика) в межах страхової суми сплачує фактичні витрати медичних установ за надану медичну допомогу Страхувальнику (застрахованій особі) на підставі рахунків і договорів з закладами охорони здоров'я (далі - ЗОЗ). Строки розрахунків встановлюються відповідними договорами із ЗОЗ.

8.3. Страхова виплата здійснюється шляхом перерахування грошей на поточний рахунок ЗОЗ, згідно поданих розрахунків за надану медичну допомогу у відповідності з умовами програм медичного страхування.

8.4. У випадку, якщо для лікування Страхувальника (застрахованої особи) використовувались медичні препарати, відсутні в ЗОЗ, в якому він проходив лікування, то в розрахунок суми страхової виплати приймається їхня вартість, підтверджена рахунком з аптеки.

8.5. Сума страхової виплати, що компенсує витрати на придбання медикаментів, виплачується Страхувальнику (застрахованій особі) або його довіреній особі. Для цього Страховику повинні бути надані наступні документи:

- заява Страхувальника (застрахованої особи) про відшкодування витрат на придбання медикаментів;
- при укладенні договору по програмі «Стаціонар» – документ, що підтверджує необхідність призначення і відсутність в момент лікування Страхувальника (застрахованої особи) в ЗОЗ даного лікарського засобу, що видана завідуючим відділення і завірена головним лікарем ЗОЗ або його заступником по медичній частині з вказівкою назви препарату, форми випуску, дозування і загальної кількості препарату, необхідного для лікування Страхувальника (застрахованої особи);
- чек, рахунок з аптеки, де вказані назви препаратів, дозування кожного з них, загальна кількість і вартість кожного препарату, загальна вартість і дата продажу;
- довіреність (у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Страхувальника (застрахованої особи)), видана Страхувальником (застрахованою особою) довіреній особі у формі, в якій відповідно до закону має вчинятися правочин (ст.ст. 244, 245 Цивільного кодексу України);
- паспорт або інший документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати, та РНОКПП за наявності.

8.6. При наданні допомоги без участі представника Страховика згідно пп.7.6.3. або п.7.7 цих Загальних умов страхового продукту, та оплаті витрат самим Страхувальником або його представником, для їх відшкодування Страхувальник (застрахована особа) не пізніше, ніж 30 календарних днів з дня закінчення строку дії Договору страхування, повинен надати Страховику:

- заяву про відшкодування витрат на медичні послуги;
- рахунки за надання послуг спеціалізованого транспорту;
- документи, де зазначені медичний діагноз, дата звернення та тривалість лікування, результати медичного обстеження, де підтверджується невідкладність допомоги;
- документи, що підтверджують факт надання медичних послуг Страхувальнику (застрахованій особі) (копія договору надання медичних послуг, копія витягу з амбулаторної картки/історії хвороби, засвідчена підписом уповноваженої особи ЗОЗ та печаткою ЗОЗ чи

оригінал акту наданих послуг або документи, що їх замінюють) з повною деталізацією наданих послуг (дата послуги, код послуги, найменування послуги, вартість послуг згідно з чинним прейскурантом/прайсом на послуги, кількість послуг та загальна вартість наданих послуг), факт призначення та факт придбання лікарських засобів, матеріалів/предметів медичного призначення.

- довіреність (у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Страхувальника (застрахованої особи)), видана Страхувальником (застрахованою особою) довіреній особі у формі, в якій відповідно до закону має вчинятися правочин (ст. ст. 244, 245 Цивільного кодексу України);
- паспорт або інший документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати, та РНОКПП за наявності.

У випадку отримання Страхувальником (застрахованою особою) медичних послуг, наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю, необхідно надати додатково копію дозвільного документу на право надання таких послуг.

При нещасному випадку додатково повинні бути надані офіційний протокол або довідка про нещасний випадок, що трапився, з описом обставин події.

8.7. Перелік документів, що наведений в п.8.6., може бути уточнений при укладенні Договору страхування, оскільки перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку), а також форма, спосіб та порядок подання таких документів, якщо інше не передбачено законодавством України, визначається Договором страхування.

8.8. Страхова виплата Страхувальнику (застрахованій особі) здійснюється після отримання всіх необхідних документів протягом строку, встановленого Договором страхування, але не раніше закінчення повного курсу лікування.

8.9. Загальна сума страхових виплат по кожній з програм Договору страхування не може перевищувати страхову суму, встановлену по відповідній програмі Договору страхування.

8.10. За Договором страхування, яким передбачено здійснення страхової виплати у вигляді відшкодування понесених витрат (їх частини відповідно до умов Договору страхування) або оплати вартості таких витрат (частини вартості відповідно до умов Договору страхування), Страховик має право здійснювати страхову виплату відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства України:

1) закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає (надавав, надаватиме) медичну допомогу, медичні та/або інші послуги (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами);

2) асистуючій компанії чи іншій особі, яка діє на підставі договору зі страховиком, у порядку, передбаченому таким договором та відповідно до умов Договору страхування, - якщо при настанні страхового випадку така компанія / особа надає (надавала, буде надавати) застрахованій собі асистуючі послуги та/або здійснює (здійснювала, буде здійснювати) оплату за медичну допомогу, медичні та/або інші послуги застрахованій особі (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами);

3) застрахованій особі чи іншій особі, яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та/або відповідно до законодавства України, - у разі якщо така особа самостійно здійснила оплату медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами).

8.11. Часткова страхова виплата не припиняє дії Договору страхування. Наступні страхові виплати здійснюються з урахуванням попередніх часткових виплат і не можуть перевищувати страхової суми по Договору страхування в цілому.

8.12. Страхові виплати за Договорами страхування, здійснюються незалежно від суми, яку має отримати застрахована особа / вигодонабувач за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням і соціальним забезпеченням, чи страхової виплати за іншими договорами страхування або сум, отриманих від інших осіб як відшкодування збитків, уключаючи отримання таких сум / виплат / відшкодування збитків вигодонабувачем / застрахованою особою.

9. Підстави відмови у страховій виплаті

9.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

а) навмисні дії Страхувальника (застрахованої особи) спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

б) вчинення Страхувальником (застрахованої особи) умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

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

г) несвоєчасне повідомлення Страхувальником (застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку;

д) наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

е) наявність інших підстав, встановлених законодавством, у тому числі для договорів страхування, обов'язковість укладення яких визначена законом.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.

9.2. Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в Договорі страхування або законодавством України.

У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого Договором страхування або законодавством, повідомити Страхувальника у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

9.3. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

10. Порядок укладення договору страхування

10.1. З метою визначення потреб та вимог Страхувальника у страхуванні Страховик або страховий посередник, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, може запропонувати Страхувальнику заповнити заяву на страхування за встановленою Страховиком формою або в інший спосіб визначити потреби Страхувальника у страхуванні залежно від специфіки та складності страхового продукту та/або типу Страхувальника.

10.2. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника останньому може бути надана індивідуальна консультація щодо умов страхового продукту та рекомендації (пропозиції) про відповідність страхового продукту вимогам та потребам Страхувальника.

10.3. Страховик (страховий посередник) надає Страхувальнику інформацію про страховий продукт з урахуванням потреб Страхувальника, а також інформацію про себе. Інформація про страховий продукт, інформація про Страховика та інформація про страхового посередника надаються у паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика (страхового посередника), та/або шляхом надання

доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю зі Страхувальником, за умови можливості підтвердження факту надання інформації.

10.4. У Договорі страхування може бути зазначено як об'єкт страхування здоров'я застрахованої особи, стосовно якої Страхувальник здійснює страхування (застрахована особа). Якщо Договором страхування не передбачено інше, Страхувальник зобов'язаний повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку третю особу про укладений на її користь Договір страхування, і якщо така особа протягом 30 календарних днів не повідомила Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору страхування, такий договір вважається укладеним на її користь.

У випадках, визначених Договором страхування, надання застрахованою особою згоди на страхування є обов'язковим.

10.5. Перед укладанням Договору страхування Страховик може анкетувати Страхувальника (застраховану особу) щодо стану здоров'я за формою, встановленою Страховиком, а при необхідності, направляти на медичне обстеження. У такому разі заповнена анкета та результати медичного обстеження (у випадку його проведення) стають невід'ємними частинами Договору страхування. При цьому Страховик має право вимагати проходження медичного обстеження застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, виключно у разі оплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням.

10.6. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку), в тому числі надати інформацію щодо індивідуальних ознак об'єкта страхування (стан здоров'я, наявність хронічних захворювань та спосіб життя) та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, в тому числі про наявність страхового інтересу (крім випадків укладення договорів страхування, обов'язковість яких визначена законом) та/або про розмір прийнятної страхової премії за Договором страхування. Інформація повинна відповідати критерію достатності (у разі заповнення заяви на страхування або анкети, всі поля мають бути заповнені та відповіді надані, інформації має вистачати для складання тексту Договору страхування).

10.7. Страхувальник несе відповідальність за достовірність і повноту наданих ним даних.

10.8. На підставі наданих документів та отриманої інформації сторони за взаємною згодою визначають страхову суму, узгоджують конкретний розмір страхового тарифу на підставі визначеного Страховиком ступеню страхового ризику та укладають Договір страхування. Договір страхування укладається виключно у письмовій формі (паперовій або електронній).

10.9. У разі відсутності виплат, пов'язаних зі стаціонарним лікуванням за попередній рік, при укладенні Договору страхування на наступний рік можуть бути надані знижки страхового платежу (до 20 %).

10.10. Договір страхування може включати як свою складову частину ці Загальні умови страхового продукту та в іншій частині такого договору зазначаються індивідуальні умови Договору страхування та конкретний обсяг страхового покриття за Договором страхування, що укладається зі Страхувальником.

10.11. Страховик має право визначити частку витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням конкретного Договору страхування. Така частка витрат визначається Страховиком при укладенні Договору страхування за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається у такому Договорі страхування.

Максимальна частка витрат та/або частка витрат Страховика, пов’язаних безпосередньо з укладенням та виконанням умов Договорів страхування за цим страховим продуктом, становить 50% від страхового тарифу.

11. Винятки із страхових випадків та обмеження страхування

11.1. Застрахованою не може бути особа, яка має на момент укладання Договору страхування наступне захворювання та (або) пов'язані з ним ускладнення:

11.1.1. ВІЛ-інфекція, СНІД;

11.1.2. особливо небезпечні інфекційні хвороби, у тому числі: віспа, поліомієліт, спричинений диким поліовірусом, людський грип, спричинений новим підтипом, тяжкий гострий респіраторний синдром (ТГРС), холера, чума, малярія, вірусні лихоманки, передані членистоногими, менінгококова хвороба, хвороба Лайма;

11.1.3. наркологічні захворювання.

11.2. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує витрати:

11.2.1. здійснені без погодження зі Страховиком або представником Страховика (за винятком екстрених випадків);

11.2.2. на проведення звичайних диспансерних (амбулаторних) обстежень, включаючи діагностику, якщо немає ніякого погіршення здоров’я.

11.3. Страховик не несе відповідальності і не відшкодовує витрати (якщо це окремо не обумовлено у Договорі страхування, в цьому випадку застосовуються підвищуючи коефіцієнти згідно з прийнятою в Страховику методикою розрахунку страхових тарифів та тарифною політикою за цим страховим продуктом):

- на діагностику та лікування венеричних захворювань, ВІЛ інфекцій, включаючи СНІД або будь-якого захворювання, що передається статевим шляхом, а також захворювань, що є їх наслідком незалежно від того, яким чином і коли почалася хвороба та незалежно від періодів загострення і ремісії;
- пов’язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: аборт (за винятком, коли проведення аборту було необхідним у зв’язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням і абортів за медичними показаннями), збереження вагітності, токсикоз тощо;
- лікування безпліддя та заходи по його усуванню (штучне запліднення тощо);
- пов’язані з пластичною хірургією та протезуванням, включаючи зубне, очне, ортопедичне, придбанням протезів та ортопедичних апаратів, оптичних коректорів зору: окулярів, оправ та лінз до них і подібне;
- лікування пародонтозу;
- на лікування уроджених захворювань, вад та пороків розвитку;
- на косметичне лікування;
- на щеплення;
- на лікування нетрадиційними методами.

11.4. Особа, яка на момент укладання Договору страхування має:

- психічні захворювання та розлади поведінки,
- онкологічні захворювання,
- туберкульоз, хронічні форми гепатиту C, E, F, G, гостру ниркову недостатність, лептоспіроз,
- захворювання, що супроводжуються хронічною нирковою або печінковою недостатністю і потребують проведення хронічного гемодіалізу,
- захворювання сполучної тканини (ревматизм, системний червоний вовчак, склеродермія, розсіюваний склероз тощо),
- аутоімунні захворювання (целіакія, ревматоїдний артрит, хвороба Аддісона, псоріаз, запальне захворювання кишечника, вітіліго, цукровий діабет 1-го типу, дифузний токсичний зоб, хвороба Хашимото тощо),
- інвалідність I та II групи

може бути застрахована за згодою Страховика, за умови, що до укладення Договору страхування Страховика письмово повідомлено про діагнози та стан здоров'я особи, заявленої на страхування. Умова про страхування таких осіб може зазначатися у Договорі страхування відповідним застереженням. При страхуванні осіб, зазначених у цьому пункті Загальних умов страхового продукту, не є страховим випадком звернення застрахованої особи до медичної та іншої установи у зв'язку з наданням їй медичної допомоги щодо захворювань, перелічених у цьому пункті або в зв’язку з якими встановлено інвалідність, та пов'язаних із ними ускладнень.

11.5. Не відшкодовуються витрати на оплату медичних чи інших послуг, якщо необхідність в цих послугах виникла внаслідок:

- спроби самогубства з боку Страхувальника (застрахованої особи);
- дій Страхувальника (застрахованої особи) в стані алкогольного, наркотичного чи токсикологічного сп’яніння;
- транспортної пригоди під час керування будь-яким наземним, повітряним або водним транспортним засобом з двигуном внутрішнього згорання, електричним або без нього без відповідної підготовки та дозвільних документів або якщо Страхувальник (застрахована особа) передав керування цим транспортним засобом особі, що знаходилась під впливом дії алкоголю, наркотичних або токсичних речовин або не мала відповідного посвідчення для керування транспортним засобом;
- навмисного заподіяння собі Страхувальником (застрахованою особою) тілесних ушкоджень;
- польоту Страхувальника (застрахованої особи) на літальному апараті, керування цим апаратом;
- радіаційного, хімічного та бактеріологічного ураження;
- офіційно оголошених епідемії, забруднення навколишнього середовища та стихійного лиха.

11.6. Дія Договору може обмежуватися внаслідок форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили), якщо ці обставини заважатимуть виконанню даного Договору страхування:

- війн, різного роду військових дій, громадянської війни, народних заворушень і страйків, терористичних актів та їх наслідків;
- ядерних інцидентів, впливу іонізуючого випромінювання, радіоактивного, хімічного або бактеріологічного забруднення;
- дії мін, бомб, снарядів та інших знарядь війни;
- конфіскації, націоналізації та інших подібних заходів, здійснених за вимогою військової чи цивільної влади;
- накладення санкцій.

Факт настання форс-мажорних обставин засвідчує уповноважений на це законодавством орган.

Термін виконання зобов’язань відсувається пропорційно часу, протягом якого діятимуть ці обставини. Якщо ці обставини триватимуть більше місяця, сторони повинні узгодити подальше виконання зобов’язань по Договору страхування або прийняти рішення про його припинення.

У випадку виникнення таких обставин для однієї із сторін, вона зобов’язана негайно повідомити іншу сторону про настання таких обставин та вжити всіх можливих заходів для виконання зобов’язань, передбачених Договором страхування, та запобігання збиткам.

12. Порядок вирішення спорів

12.1. Спори щодо реалізації Загальних умов страхового продукту та/або укладення, виконання, розірвання, відмови від Договору страхування, припинення або подовження дії Договору страхування, якщо інше не визначено законом, мають вирішуватися шляхом

переговорів між Страховиком, Страхувальником та/або третьою особою в Договорі страхування.

12.2. За необхідності до вирішення спорів можуть залучатися незалежні експерти (спеціалісти) за рахунок сторони спору, яка вимагає такого залучення, якщо інший порядок залучення та витрат на нього не визначений законом, Договором страхування.

12.3. При неможливості вирішення спору шляхом переговорів, сторона, яка вважає свої права порушеними, має право звернутися за захистом порушеного права до компетентного суду в порядку, визначеному законодавством України або правом, що застосовується до Договору страхування.

12.4. Сторони спору мають право передати його на вирішення:

– третейського суду, визначеного в Договорі страхування та/або третейській угоді;

– компетентного міжнародного комерційного арбітражу у відповідності до умов Договору страхування, регламенту відповідного арбітражного органу та вимог Законів України «Про міжнародний комерційний арбітраж» та «Міжнародне приватне право».

12.5. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

13. Контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку

Приватне акціонерне товариство «Велта»
Київ 01015, вул. Князів Острозьких, 46/2, офіс 201
+38 044 254 4005, +38 044 254 4850, +38 050 400 9040
luda@velta.kiev.ua

Додаток 1
до Загальних умов страхового продукту
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Для отримання необхідної медичної допомоги Страхувальник (застрахована особа) звертається до відповідного закладу охорони здоров'я за направленням Страховика (представника Страховика).

Направленням вважається повідомлення Страховиком (представником Страховика) Страхувальника (застрахованої особи) про те, в який заклад охорони здоров'я або до якого лікаря, з якими Страховик (представник Страховика) уклав договори про надання медичних послуг, має звернутися Страхувальник (застрахована особа).

У разі виникнення необхідності отримання екстреної (швидкої) допомоги повинні бути прийняті всі міри для термінового одержання такої допомоги будь-якими можливими засобами. Страховик (представник Страховика) повинен бути поінформований Страхувальником (застрахованою особою) про те, що сталося, як тільки це стане можливим.

1. ПРОГРАМА « ЕКСТРЕННА (ШВИДКА) ДОПОМОГА»

Програма передбачає оплату наступних видів допомоги і послуг:

1. Виїзд бригади екстреної (швидкої) допомоги, у тому числі спеціалізованого санітарного транспорту.
2. Первинний огляд.
3. Надання невідкладної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Встановлення попереднього діагнозу.
6. Транспортування, у разі виявлення потреби, в лікувальну установу.
7. Проведення госпіталізації.

2. ПРОГРАМА «ПОЛІКЛІНІКА»

Програма передбачає:

1. Оплату амбулаторного лікування Страхувальника (застрахованої особи) у поліклінічному відділенні лікувальної установи за направленням Страховика (представника Страховика).
2. Оплату медикаментів, що одержує Страхувальник (застрахована особа) по рецептах лікуючого лікаря в аптеці, з якою Страховик (представник Страховика) уклав відповідний договір.

«Поліклініка» - А

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.

4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Медикаментозне забезпечення.

«Поліклініка» - Б

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях медичних установ і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Проведення діагностики стану здоров'я з метою виявлення і попередження захворювань, динамічного спостереження і запобігання розвитку захворювань.
7. Медикаментозне забезпечення.

3. ПРОГРАМА «СТАЦІОНАР»

Програма передбачає оплату стаціонарного лікування при гострому розладі здоров'я з появою симптомів, що загрожують життю або подальшому розладу здоров'я Страхувальника (застрахованої особи) та планового стаціонарного лікування, яке проводитися за направленням лікаря Страховика (представника Страховика):

1. Всі види консервативного й оперативного лікування, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Медикаментозне забезпечення.
7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (у залежності від можливості лікувального закладу).

4. ПРОГРАМА «СТОМАТОЛОГІЯ»

«Стоматологія»

1. Первинний огляд лікаря-стоматолога.
2. Діагностичні дослідження (рентген тощо).
3. Лікування карієсу, пульпіту, пародонтиту.
4. Заміщення дефекту зубу пломбою.
5. Видалення зубу.

5. ПРОГРАМА «КОМПЛЕКСНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ»

Дана програма передбачає оплату усіх видів медичної допомоги, передбаченої окремими Програмами:

- «Поліклініка» (будь-який з двох варіантів, що пропонуються).
- «Стаціонар».
- «Екстрена (швидка) допомога».

При укладанні договору страхування за домовленістю сторін до Програми «Комплексне медичне страхування» може бути включена Програма «Стоматологія».

Програма комплексного медичного страхування передбачає таки види допомоги і послуг:

А) Екстрена (швидка) допомога:

1. Виїзд бригади екстреної (швидкої) допомоги, у тому числі спеціалізованого санітарного транспорту..
2. Первинний огляд.
3. Надання невідкладної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Встановлення попереднього діагнозу.
6. Транспортування, у разі виявлення потреби, в лікувальну установу.
7. Проведення госпіталізації.

У залежності від обраного варіанту програми «Поліклініка»

Б) Амбулаторно-поліклінічна допомога:

«Поліклініка» - А

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях закладів охорони здоров’я і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Медикаментозне забезпечення.

«Поліклініка» - Б

1. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців по профілю захворювання в поліклінічних відділеннях закладів охорони здоров’я і вдома.
2. Проведення діагностичних тестів при виникненні складнощів з постановкою діагнозу.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Надання медичної допомоги при гострих захворюваннях та загостренні хронічних захворювань, лікувальні процедури по показникам.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Проведення діагностики стану здоров'я з метою виявлення і попередження захворювань, динамічного спостереження і запобігання розвитку захворювань.
7. Медикаментозне забезпечення.

В) Стаціонарна допомога:

1. Всі види консервативного й оперативного лікування, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря-терапевта.
6. Медикаментозне забезпечення.

7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (в залежності від класу обслуговування).

Г) Стоматологічна допомога (програма «Стоматологія»):

1. Первинний огляд лікаря-стоматолога.
2. Діагностичні дослідження (рентген тощо).
3. Лікування карієсу, пульпіту, пародонтиту.
4. Заміщення дефекту зубу пломбою.
5. Видалення зубу.

6. ПРОГРАМА «РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Програма передбачає оплату реабілітаційних, оздоровчих медичних послуг за призначенням лікаря після перенесених гострих, загострення хронічних захворювань та травм:

1. Санаторно-курортне лікування за профілем захворювання.
2. Розміщення в палатах з усіма зручностями (в залежності від можливостей оздоровчого закладу).
3. Харчування 3-х разове (дієтичне, на замовлення).

7. ПРОГРАМА «ПОЛОГИ»

Дана програма передбачає оплату всіх видів медичної допомоги і послуг, що необхідна при пологах:

- «Екстрена (швидка) допомога».
- «Стаціонар».

Програма передбачає такі види допомоги і послуг породіллю:

А) Екстрена (швидка) допомога:

1. Виїзд бригади екстреної (швидкої) допомоги, у тому числі спеціалізованої бригади.
2. Первинний огляд.
3. Надання невідкладної і швидкої допомоги по життєвим показникам.
4. Експрес-діагностика при проведенні лабораторних досліджень.
5. Транспортування в заклад охорони здоров’я (пологовий дім будинок тощо).
6. Проведення госпіталізації.

Б) Стаціонарна допомога:

1. Всі види допомоги при природних та патологічних пологах, лікувальні процедури.
2. Проведення діагностичних тестів.
3. Проведення лабораторних досліджень.
4. Консультативна допомога висококваліфікованих фахівців.
5. Супровід особистого довіреного лікаря акушера-гінеколога.
6. Медикаментозне забезпечення.
7. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності (в залежності від можливостей закладу охорони здоров’я).