**Глосарій (визначення термінів)**

**Договір страхування** (надалі – Договір) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання **страхового випадку** здійснити страхову виплату **Третій особі** або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни та виконувати інші умови Договору.

**Вигодонабувачами**за даним Договором можуть бути особи, призначені Застрахованими особами, а в разі відсутності такого призначення - спадкоємці Застрахованих осіб за законом.

**Медичне страхування** — вид особистого страхування на випадок втрати здоров’я від хвороби або внаслідок **нещасного випадку**. Договір добровільного медичного страхування укладається в груповому чи індивідуальному порядку, гарантуючи Застрахованим особам отримання **медичних послуг** (**медичної допомоги)** в обсягах і на умовах, визначених **Договором та Програмою страхування** Страховика.

**Застрахована особа**– особа, про страхування якої укладено Договір. Вік Застрахованої особи на день початку дії Договору не повинен перевищувати 70 (семидесяти) років. Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування колективу працівників підприємства або організації, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені в список Застрахованих осіб, який є невід’ємною частиною Договору. Застраховані особи можуть згідно з цим Договором набувати прав і обов’язків Страхувальника.

**Страхувальник** – юридична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком на користь фізичних осіб, які є його працівниками.

**Страхова сума на 1 (одного) застрахованого** - це грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов цього Договору зобов’язаний провести виплату при настанні страхового випадку одержувачу страхової виплати.

**Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці **страхової суми** за визначений період страхування.

**Ліміт відповідальності** (надалі - ліміт) - становить межу страхових виплат Страховиком за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані застрахованим при настанні страхового випадку.

**Страховий платіж на 1 (одного) застрахованого** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов’язаний внести Страховику згідно з цим Договором, за одного застрахованого.

**Загальна страхова сума** за цим Договором визначається шляхом складання Страхових сум за кожного застрахованого.

**Загальний страховий платіж** по цьому Договору визначається шляхом складання Страхових платежів за кожного застрахованого та яку Страхувальник зобов’язаний внести Страховику згідно з цим Договором за всіх застрахованих.

**Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**Страховий випадок** – подія, передбачувана Договором, яка відбулася і, з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або медичній установі.

**Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

**Медична установа** (заклад) – заклад охорони здоров’я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації тощо. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри, стоматології, оздоровчо-профілактичні (басейни, тренажерні зали тощо) та інші заклади з якими Страховик уклав Договори про обслуговування Страхувальника (застрахованих).

**Департамент медичного асистансу (далі ДМА)** – структурний підрозділ Страховика з обслуговування Договорів медичного страхування в частині організації та оплати медичних та інших послуг на умовах та в обсязі Програм страхування;

**Страховий акт** - документ, що складається Страховиком для підтвердження факту настання Страхового випадку та є підставою для здійснення страхової виплати. Страховий акт складається на підставі документів про надані застрахованим медичні та інші послуги.

**Третя особа** – заклади охорони здоров’я, які згідно з чинним законодавством України мають право надавати медичні (хірургічні) послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації і т.і. До медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри та інші заклади та установи, з якими Страховик та/або Асистанська компанія уклали Договори про обслуговування застрахованих, а також заклади, що надають оздоровчо-профілактичні послуги (басейни, тренажерні зали тощо). Також приватні лікарі, які отримали у встановленому законодавством порядку право на здійснення медичної діяльності (надання медичної допомоги та послуг). Третьою особою, також, може бути Асистанська компанія.

**Медичні послуги** – це передбачені умовами Договору медичні маніпуляції, процедури, забезпечення медикаментами та інша медична допомога, що виконуються з метою лікування або полегшення стану здоров’я хворого застрахованого.

**Стаціонарна допомога** – лікування хворого застрахованого, який знаходиться в медичній установі протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години, з метою отримання медичної допомоги. Стаціонарна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватися в плановому порядку. **Ургентна госпіталізація** проводиться при станах, що загрожують життю застрахованого та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в умовах стаціонару протягом перших 24 годин та про що в Медичній карті стаціонарного хворого зазначається «Госпіталізований за терміновими показаннями». Плановою госпіталізацією вважається необхідність надання медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару протягом 72 годин з моменту направлення на стаціонарне лікування лікарем.

**Амбулаторно-поліклінічна допомога** – медична допомога, що надається хворого застрахованого, коли та не перебуває у стаціонарі під час лікування.

**Денний стаціонар** – вид планової медичної допомоги для осіб, які не потребують, за станом здоров’я, цілодобового знаходження в стаціонарних умовах (цілодобовому нагляді медичних працівників), але, які проходять курс медичних процедур, котрі потребують тимчасового медичного спостереження..

**Малі хірургічні або гінекологічні операції** – вид оперативного лікування, який, після виконання оперативного втручання, не потребує цілодобового нагляду лікаря, і, відповідно, цілодобового перебування на ліжку.

**Програма страхування** – програма медичного страхування вибрана на розсуд застрахованого, яка передбачає у своєму складі набір медичних послуг (перелік медичної допомоги, як-то: стаціонарної, амбулаторно – поліклінічної, стоматологічної і т.д.),

**Медикаменти та матеріали** – медичні препарати, лікувальні засоби, витратні медичні матеріали (перев’язувальні матеріали, одноразові шприци, ватні тампони та ін.), що призначені лікуючим лікарем або використовувалися останнім при виконанні медичних маніпуляцій/операцій. Надання рецептів медичними закладами здійснюється згідно з наказом МОЗ України №1034 від 29.11.2013 року., з урахуванням міжнародної назви препарату (діючої речовини).

**Екстрена (ургентна) медична допомога** – медична допомога, що надається при гострих або критичних станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин виникнуть важкі ускладнення, не сумісні з життям.

**Гостре захворювання** – захворювання, яке має бурхливий початок з яскраво вираженими симптомами. Певна частина гострих захворювань має здатність переходити в хронічні захворювання, завдяки таким факторам як, особливості імунної системи, особливості збудника хвороби, несприятливі умови зовнішнього середовища, неадекватного або несвоєчасного лікування.

**Хронічне захворювання** – тривале захворювання, яке супроводжує людину протягом її життя. Характеризується повільними прогресуючими негативними змінами в організмі людини. Більшість хронічних захворювань характеризуються циклічністю протікання з **періодами загострень** (більший прояв вже існуючих симптомів та/або поява нових) та періодами зменшення (ремісії) проявів хвороби (інколи до повного зникнення ознак хвороби).

**Індивідуальна картка застрахованого** (надалі - картка застрахованого) – картка формату А7 – А8, виготовлена з пластику, ламінованого паперу, картону та інших подібних матеріалів, яка надається Страховиком кожному застрахованому при страхуванні за Програмами добровільного медичного страхування. На Картці застрахованого, вказується така інформація: індивідуальний порядковий номер картки, контактний телефон ДМА Страховика, реквізити та контакти Страховика. Обслуговування в медичних закладах застрахованого, як правило, відбувається при пред’явлені застрахованим картки застрахованого.

**Базові медичні заклади (БМЗ)** – це лікувально-профілактичні медичні заклади для діагностики та лікування зі списку Страховика згідно з класом лікувально-профілактичних закладів обраної Програми страхування. БМЗ мають пріоритет при скеруванні застрахованого за медичними послугами, обслуговування у інших закладах відбувається при неможливості отримання тієї чи іншої послуги у базовому медичному закладі або за направленням лікаря базового медичного закладу.

У разі якщо визначення термінів наведених в цьому додатку до Договору суперечитимуть визначенням термінів наведеним у Законі України “Про страхування” від 07 березня 1996 року № 85/96-ВР зі змінами і доповненнями переважну силу матимуть визначення термінів наведені у цьому Законі.