

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
Медичне страхування retail

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

1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика	АТ «СК «АРКС»
3	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Внесена НБУ до Державного реєстру фінансових установ 24.04.2024 року (номер витягу 27-0024/31759 від 24.04.2024 року) Ліцензія на діяльність із страхування Клас 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», дата внесення запису до Державного реєстру фінансовий установ 24.04.2024
4	Місцезнаходження страховика	04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8
5	Адреса офіційного вебсайта страховика	https://arx.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Предметом договору страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи)
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Включаються такі ризики в межах 2 класу страхування: - медичне страхування; Страховим випадком є гострий стан що настав під час дії Договору у зв'язку із гострим або загостренням хронічного захворювання, травмою або отруєнням, які не є виключенням із Договору та з приводу якого є потреба в медичній допомозі. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має хронічне (-ні) захворювання) з'являється різке погіршення життєвих показників, та часто, але не обов'язково, больовий синдром, про що дана особа виражає суб'єктивні скарги. Під «погіршенням життєвих показників» розуміється: - підвищення температури тіла вище фізіологічної норми; - порушення свідомості що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням; - підвищення артеріального тиску та ЧСС вище фізіологічної норми; - порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча;

		- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі); - різке порушення нормального для даної особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму). Визначення гостроти, стадії патологічного процесу - здійснює лікар після первинної консультації та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового За кожним страховим випадком Страховик надає та сплачує консультативні послуги Асистансу, а також організовує та сплачує повний перелік кваліфікованої медичної допомоги, необхідний Застрахованій особі в межах обраної Програми страхування, з врахуванням виключень та на умовах обраного розміру співоплати. Опція - це набір медичних послуг (товарів медичного призначення, медикаментів), об'єднаних, як правило, за місцем їх надання. В залежності від обраної Страхувальником Програми, опції включені або не включені до Програми. Опція «Медичний Консьєрж» Передбачено надання допомоги з наступних медичних питань: - цілодобовий колл-центр; - підбір лікувально-профілактичного закладу, відповідно до Програми страхування, а саме: вибір профілю медичного закладу та лікаря-спеціаліста, інформування про графік роботи установи і часу прийому лікарів-спеціалістів, орієнтовна вартість послуг і консультацій; - пошук медикаментів, а саме надання інформації про наявність медикаментів в аптеках міста та їх вартість, якщо інше не передбачено Програмою страхування; - персональний лікар - координатор на телефоні в робочі години. Опція «Дистанційні консультації лікаря» Передбачає організацію та сплату консультації, яку надає лікар медичного закладу, обраного Асистансом та/або Страховиком, за допомогою телефонного зв'язку або за допомогою сторонніх додатків або месенджерів за направленням Асистанса. Організація послуги можлива згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Дистанційна консультація – це процес обговорення конкретного клінічного випадку Застрахованою особою і лікарем з метою надання висококваліфікованої медичної допомоги, при чому Застрахована особа та лікар розділені географічною відстанню і для проведення консультації використовують спеціальні засоби телекомунікації. Організація даної послуги здійснюється при виникненні проблем зі здоров'ям у Застрахованої особи та у випадках: • неможливості приїхати в клініку внаслідок територіальних перешкод (Застрахована особа у
--	--	--

		відпустці, на робочому місці, за кордоном, за містом, тощо), часових (немає часу приїхати в клініку) або у зв'язку з загальною епідеміологічною ситуацією в країні (карантин, тощо); • стан Застрахованої особи дозволяє консультувати її по телефону; • Застрахована особа вже була на первинній консультації у лікаря, пройшла додаткові обстеження і потребує консультації за результатами обстеження; • Застрахована особа проходить курс лікування і її теперішні симптоми вимагають консультації лікаря для корекції схеми лікування. Повний перелік опцій передбачених програмою страхування та їх наповнення наводиться в Договорі страхування. Обмеження страхування Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, захворювань та станів, які не підпадають під визначення «Страхового випадку» Абсолютним виключенням є будь-які послуги, медикаменти та товари медичного призначення з приводу діагностики та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані: • СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунodefіцитні стани; • алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самотійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень; • вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки; • променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені; • психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну; • вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (в тому числі катаракта, атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз, дорсопатії та інше, окрім надання невідкладної медичної допомоги); • особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 (http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383) та Лепра, в тому числі будь-які діагностичні обстеження для виявлення коронавірусної інфекції COVID-19 спричинені вірусом SARS-CoV-2, якщо інше не передбачено Програмою страхування; • вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;
--	--	--

		• ожиріння; • аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевих функцій; • будь – які послуги спрямовані на настання, спостереження та переривання вагітності та пологів, а також наслідки вагітності/пологів; • TORCH - інфекції та носійство, окрім стаціонарної допомоги при гострих станах; • венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом; • алергічні захворювання, окрім надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке; • захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України; Повний перелік виключень наведений в Договорі страхування
9	Територія та строк дії договору страхування	В залежності від обраної Програми страхування, територією надання Застрахованій особі послуг, медикаментів та товарів медичного призначення є Україна згідно переліку договірних медичних установ груп А, В та С, наведеного на сайті Страховика, на сторінці з інформацією про продукт. Мінімальний строк дії договору страхування – 1 рік.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Страхова сума на річний період дії Договору страхування становить до 500 тис грн.
11	Франшиза	Франшиза встановлюється для окремих програм та опцій у розмірі від 0 до 40% Співоплата – співвідношення розміру, який сплачує Страховик та Застрахована особа/Опікун Застрахованої особи медичній установі за отримані медичні послуги та/або медикаменти та/або товари медичного призначення за страховим випадком, в об'ємі передбаченому Програмою страхування. Розмір такого співвідношення

		обирає Страхувальник перед укладанням Договору із запропонованих варіантів та вказаний в Договорі страхування. Період очікування - 14 (чотирнадцять) днів з дати набуття чинності Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів настання захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат, організації та сплати послуг по Договору протягом терміну його дії. При безперервній пролонгації Договору на другий і наступні страхові роки щодо Застрахованої особи та сплаті страхових платежів «Період очікування» не застосовується.
12	Розмір страхового тарифу	Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Розраховується виходячи зі страхового платежу, який встановлюється за кожною програмою страхування в договорі страхування та страхової суми згідно пункту 10 Даної інформаційної довідки
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України за курсом НБУ на дату укладання Договору по відношенню до кожної Застрахованої особи шляхом безготівкового перерахування грошових коштів з банківського рахунку Страхувальника на поточний банківський рахунок Страховика.
14	Обов'язки сторін	Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: 12.1. Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки передбачені Договором страхування 12.2. Під час дії Договору інформувати Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про будь-які зміни страхового ризику, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованої особи; 12.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку; 12.4. Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення; 12.5. Дотримуватись умов Договору Страховик зобов'язаний:

		• Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування, розміщеними на сайті Страховика; • Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати; • Здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором; • Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом; • За письмовим запитом Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання запиту надавати йому звіт фактичних страхових та заявлених виплат, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованої особи на дату запиту звіту. •
15	Підстави та порядок дострокового припинення дії договору страхування	Дія договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика: У випадку дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, який передбачено Договором страхування, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. У випадку дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених Договором страхування, а також страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено. Умови використання права Страхувальника на відмову від договору страхування передбачаються ст. 107 Закону України «Про страхування».
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані: • протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-

		який зручний для Страхувальника спосіб, зокрема за виділеною телефонною лінією 0444980301. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення. • надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. Застрахована особа буде проінформована про необхідність надати результати всіх діагностичних тестів і досліджень і історії хвороби, необхідних для прийняття рішення по визнанню випадку страховим. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування, Страховик/представник Страховика може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи: • Заява про подію та на виплату; • Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження, окрім випадків, передбачених Договором страхування. Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови. При фіксації Заяви про подію та на виплату Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку. З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови. Для підтвердження настання страхового випадку Страхувальник зобов'язаний надати письмову Заяву про подію та на виплату, за формою визначеною Страховиком протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події (незалежно від фіксації Заяви через контакт-центр Страховика у телефонному режимі) виключно за вимогою Страховика. Крім Страхувальника, Заяву про подію та на виплату можуть надати інші уповноважені ним особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник. копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією
--	--	--

		про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи; копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи; Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи; Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку, та документів, передбачених Договором страхування, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. Але, у випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або представник Страховика – компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованої особи. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи.
18	Порядок здійснення страхових виплат	У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує

		надання Застрахованій особі послуг, передбачених цим Договором, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування. Протягом цього терміну компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої Програмою страхування даного Договору. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про виплату за страховим випадком, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Застрахованій особі листа з електронним підписом на електронну адресу Застрахованої особи, яка вказана у Медичній декларації чи в іншому документі наданому Страховику або поштою на адресу Застрахованої особи, яка зазначена в цьому Договорі. Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо обраної нею лікарні, компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію. Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, не відшкодовуються Страховиком. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у лікарняному закладі, за погодженням Страховика, не відшкодовуються Страховиком. Страховик розраховує страхову виплату за страховим випадком у розмірі покриття фактично понесених витрат, визначених умовами даного Договору відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, у межах страхової суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, передбачених умовами даного Договору. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені умовами даного Договору, покриваються шляхом перерахування коштів представником Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі безпосередньо спеціалізований установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.
--	--	---

19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	19.1. Згідно умов програми страхування страхова виплата не здійснюється у разі: 19.1.1. Якщо виявлено захворювання та/або медичний стан, який не зазначений в договорі та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, не визначені Договором; 19.1.2. Якщо послуги, що перераховані у договорі, були надані після закінчення строку дії Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору; 19.1.3. Якщо необхідність надання Застрахованій особі послуг виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях; 19.1.4. Якщо послуги прямо не передбачені даною програмою страхування; 19.1.5. Необхідності психохірургії; 19.1.6. Необхідності лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки; 19.1.7. Необхідності лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта; 19.1.8. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами Програми страхування; 19.1.9. Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках програми страхування; 19.1.10. Необхідності послуг, що виконуються з приводу усіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом); 19.1.11. Необхідності послуг, пов'язаних з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду. 19.1.12. Рак in situ – злоякісна пухлина, яка обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини; 19.1.13. Якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку). 19.1.14. поважних причин у встановлений Договором строк, документи, необхідні для прийняття рішення про
----	---	---

		визнання події, що відбулася, страховим випадком, і здійснення страхової виплати; Інші виключення наведені в Договорі страхування
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Письмова з паперовим або електронним підписанням
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	відокремлені підрозділи АТ «СК «АРКС», страхові посередники, банки
23	Інша інформація про страховий продукт	Вік застрахованих осіб від 1 до 74 років на момент укладення Договору страхування .
24	Посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://arx.com.ua/publicna-ta-finansova-informatsiya Блок «Типові шаблони договорів страхування» Блок «Загальні умови страхового продукту»