

Затверджено Наказом № 98-О від 17.06.2025 р.

з початком дії з 01.07.2025 р.

**ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ
«Медичне страхування» №025/1
ЗА КЛАСОМ 2**

«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

м. Київ, 2025 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. У відповідності до цих Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» №025/1 за ризиком 1 «страхування на випадок хвороби» та ризиком 2 «медичне страхування» в межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування) (далі в тексті - «ЗУСП») АТ «СК «АРКС» (далі в тексті - «Страховик») укладає договори страхування на випадок хвороби та/або медичного страхування (надалі - Договори страхування або Договори) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними особами, фізичними-особами підприємцями та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками) від перелічених у ЗУСП ризиків (далі Страховик та Страхувальник – Сторони, а кожен окремо – Сторона).

1.2. За договорами медичного страхування Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичної допомоги певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, а також сервісними організаціями, які забезпечують надання асистанських послуг, у відповідності до обраних Страхувальником (Застрахованою особою) умов конкретного договору страхування та в межах страхової суми.

1.3. Обсяг страхового покриття та інші умови страхування, що містяться в даних ЗУСП, можуть бути звужені та/або уточнені (конкретизовані) при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку за згодою сторін в письмовій формі (паперовому або електронному вигляді), за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ ТА ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

2.1. **Вигодонабувач** – Застрахована особа, або інша фізична, або юридична особа, вказана в Договорі страхування як одержувач страхової виплати за письмовою згодою Застрахованої особи (в разі смерті Вигодонабувача- Застрахованої особи за договором, в якому не вказаний інший Вигодонабувач, Вигодонабувачами визнаються спадкоємці Застрахованої особи).

2.2. **Договір страхування** - договір, укладений між Страховиком та Страхувальником на підставі чинного законодавства та ЗУСП, предметом якого є передача Страхувальником Страховику за плату ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи/іб, зазначеної/них в договорі, на умовах, визначених таким договором. За Договором страхування Страховик зобов'язується в разі настання страхового випадку:

- виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги (в межах страхової суми), яка необхідна Застрахованій особі, та/або
- здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування ;

а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі (страхову премію) у визначені строки та виконувати інші умови договору.

2.3. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за договором страхування.

2.4. **Заява на страхування** - заява, яка надається Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) і висловлює його бажання укласти договір страхування із Страховиком, а також містить основну інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Заява на страхування може бути подана в усній або письмовій формі.

2.5. **Заява про виплату** – інформація, що надається Страхувальником або Застрахованою особою (особою, яка має на це право відповідно до умов договору страхування) Страховику,

яка містить основні відомості про подію, інші дані за вимогою Страховика, зокрема, але не виключно щодо учасників події, характеру ушкоджень, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для прийняття рішення щодо виплати, подана у формі та у спосіб, визначений п. 9.7.1. та його підпунктами та є належною вимогою на здійснення виплати.

2.6. **Кредитор** – фізична або юридична особа, яка має підтверджені належними документами майнові (грошові) вимоги до боржника;

2.7. **Компетентні органи** - державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації до компетенції яких належить ліквідація наслідків страхових подій та/або які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) яких є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Державна служба з надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я (в тому числі, але не виключно дані із Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ)), Експертна команда з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), швидка медична допомога, житлово-комунальні підприємства, Дорожня поліція, відповідні органи інших держав тощо) .

2.8. **Асистанська компанія (Асистуюча компанія, Асистанс)** - суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі страховиком або підрозділ Страховика і надає допомогу (асистуючі послуги) застрахованим особам або іншим особам, визначеним договором страхування, на умовах, передбачених таким договором страхування.

2.9. **Асистуючі 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, включаючи оплату асистуючою компанією (іншою особою) вартості такої допомоги / таких послуг, якщо це передбачено умовами відповідного договору зі страховиком.

2.10. **Нещасний випадок** - це короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних, інших), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тілесні ушкодження, порушення функцій організму), що призвело до тимчасової або стійкої втрати працездатності Застрахованої особи та/або внаслідок чого настала її смерть.

2.11. **Період очікування** – період, протягом якого будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування (страхової виплати) протягом усього терміну дії страхового покриття. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.

2.12. **Страхування** - це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів.

2.13. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, що відбулася після набуття чинності Договору страхування, ризик настання якої застрахований і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини (страхову виплату) Страхувальнику (Вигодонабувачу, Застрахованій особі) або іншій особі, визначеній згідно умов Договору страхування.

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

2.15. **Страховий інтерес** - матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування, включаючи Застраховану особу) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи та передбачених Договором страхування;

2.16. **Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС», скорочене найменування - АТ «СК «АРКС», код ЄДРПОУ 20474912, місцезнаходження – 04070 Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8, телефон 0 800 30 27 23, електронна пошта для звернень info@arx.com.ua, веб-сайт <https://arx.com.ua>, контакти <https://arx.com.ua/kontakty>, мобільний застосунок MyARX <https://arx.com.ua/produkty/my-arx-app>.

2.17. **Страхувальник** – юридична особа, фізична особа - підприємець, або дієздатна фізична особа віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка уклала Договір страхування згідно ЗУСП на користь себе або іншої особи, у якої є страховий інтерес та прийняла умови страхування за Договором.

2.18. **Страхова виплата** - грошова сума, яку Страховик відповідно до Договору страхування повинен виплатити при настанні страхового випадку.

За договорами медичного страхування страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги та/або медикаментів та/або товарів медичного призначення, що надані медичними або фармацевтичними закладами Застрахованій особі за конкретним договором страхування або шляхом відшкодування понесених Застрахованою особою витрат.

2.19. **Страховий акт** – документ, що складається Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (нестраховий) випадок, та в якому зафіксовано суму страхової виплати.

2.20. **Страхова сума** - визначена Договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування, зобов'язується здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку і виходячи з якої визначається розмір страхової премії.

2.21. **Страховий платіж (премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку і у термін, встановлені Договором страхування.

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

2.23. **Франшиза** - частина витрат на оплату послуг, згідно з умовами Договору що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватись як в абсолютному значенні, так і у відсотках від вартості послуг, в залежності від умов Договору страхування.

2.24. **Умовна франшиза** – страховик не відшкодовує витрати на оплату медичної допомоги та/або медикаментів та товарів медичного призначення, що були надані Застрахованій особі, якщо їх розмір не перевищує розміру встановленої франшизи, але зобов'язаний відшкодувати такі витрати повністю, якщо їх розмір перевищує розмір встановленої франшизи.

2.25. **Безумовна франшиза** – страховик зобов'язаний відшкодувати витрати на оплату медичної допомоги та/або медикаментів та товарів медичного призначення, що були надані Застрахованій особі, за вирахуванням розміру встановленої франшизи.

2.26. **Документ** – спеціально створений з метою збереження інформації матеріальний об'єкт, який містить зафіксовані за допомогою письмових знаків, звуку, зображення тощо відомості, які можуть бути використані як доказ факту чи обставин (в тому числі, але не виключно: матеріали фотозйомки, звукозапису, відеозапису та інші носії інформації (в тому числі електронні)).

2.27. **Копія документу** - це точне відтворення оригіналу документа на папері та/або в електронній формі, в т. ч., але не виключно, шляхом сканування, фотографування та/або відтворення іншим способом за допомогою технічних засобів, в т. ч., але не виключно, мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, у випадку необхідності може бути замінений оригіналом.

2.28. **Електронна копія оригіналу паперового документа (фотокопія)** – візуальне подання паперового документа в електронній формі, отримане шляхом сканування (фотографування) оригіналу паперового документа, відповідність оригіналу та правовий статус якого засвідчена електронним підписом (кваліфікованим електронним підписом), що накладено на документ з дотриманням вимог законодавства України у сфері електронних довірчих послуг та електронного документообігу.

2.29. **Електронне повідомлення** - інформація, представлена в електронній формі, що не є електронним документом, надана Страхувальником або Застрахованою особою (особою, яка має на це право відповідно до умов договору страхування або законодавства України), з використанням: мобільного застосунку Страховика, зокрема, але не виключно MyARX; інформаційно-комунікаційної системи Страховика та/або Асистанської компанії, та/або страхового посередника, в т. ч. мобільного застосунку; а також програм - месенджерів в т.ч. чат-ботів; засобів електронної пошти; веб-сайту Страховика, зокрема, але не виключно за посиланням - <https://arx.com.ua/strakhoviy-vypadok/medychne-strakhuvannya>.

2.30. **Медичні заклади - (зклади охорони здоров'я)** - підприємства, установи та організації або їх відокремлені підрозділи, що забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

2.31. **Медична допомога** - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.

2.32. **Опція програми страхування** – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.

2.33. **Програма страхового продукту (програма страхування)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в рамках умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.

2.34. Терміни, що не обумовлені даними ЗУСП, визначаються Законом України „Про страхування” та іншими законодавчими і підзаконними актами України.

Якщо значення будь-якого терміну (найменування або поняття) не обумовлено цими ЗУСП та не передбачено законодавством України, таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

3. ПРЕДМЕТ ТА ОБ'ЄКТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених договором страхування або законодавством України.

3.2. Об'єктом страхування за Договором страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування.

4. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Клас страхування 2 "Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)", включає такі ризики в межах класу страхування:

4.1.1. страхування на випадок хвороби;

4.1.2. медичне страхування.

4.2. Ризик, зазначений в п. 4.1.1 цих ЗУСП, характеризується обов'язком Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній Договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства в разі настання страхового випадку, уключаючи смерть, встановлення інвалідності, втрату працездатності або розлад здоров'я внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику).

4.2.1. Ризик, зазначений в п. 4.1.1 не передбачає страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачених за класом страхування 1, крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком.

4.2.2. За даним ризиком «страхування на випадок хвороби», здійснюється страхування на випадок настання:

4.2.2.1. певної хвороби, переліку або групи (груп) хвороб, визначених Договором страхування;

4.2.2.2. будь-якої хвороби, крім тих, які прямо зазначені в Договорі страхування як виключення.

4.3. Ризик, зазначений в п.4.1.2 «медичне страхування», характеризується обов'язком страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій 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.

4.3.1. За Договором страхування, укладеним за ризиком, зазначеним в п.4.1.2 «медичне страхування», у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.4. Страховим випадком з медичного страхування є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного, фармацевтичного або іншого закладу з визначених Договором страхування причин.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення до медичного, фармацевтичного або іншого закладу з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

4.6. Перелік можливих страхових випадків включає звернення Застрахованої особи за допомогою через:

- 4.6.1. гостре захворювання;
- 4.6.2. хронічне захворювання у стадії загострення;
- 4.6.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;
- 4.6.4. травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;
- 4.6.5. інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне);
- 4.6.6. необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

4.7. Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.

4.8. Страхування за цими ЗУСП може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

- організацію послуг;
- консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше);
- оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування.
- оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.

4.9. Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і медичній або іншій установі.

4.10. Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування:

4.10.1. **Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:**

- 4.10.1.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги;
- 4.10.1.2. невідкладна стаціонарна допомога;
- 4.10.1.3. планова стаціонарна допомога;
- 4.10.1.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.10.1.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.10.1.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати);
- 4.10.1.7. денний стаціонар та маніпуляції;
- 4.10.1.8. фізіопроцедури;
- 4.10.1.9. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.10.1.10. оформлення медичної документації;
- 4.10.1.11. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.10.1.12. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.

4.10.2. **Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:**

- 4.10.2.1. стоматологічні послуги;
- 4.10.2.2. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 4.10.2.3. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань;
- 4.10.2.4. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
- 4.10.2.5. діагностика та лікування ускладнень вагітності;
- 4.10.2.6. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору;
- 4.10.2.7. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;

4.10.2.8. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору;

4.10.2.9. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;

4.10.2.10. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору;

4.10.2.11. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору;

4.10.2.12. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору;

4.10.2.13. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору;

4.10.2.14. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору;

4.10.2.15. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору;

4.10.2.16. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в Додатку №3;

4.10.2.17. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.

4.10.3. Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги:

4.10.3.1. профілактика грипу;

4.10.3.2. вітамінізація;

4.10.3.3. профілактично-оздоровчі послуги;

4.10.3.4. профілактично-оздоровчий масаж;

4.10.3.5. плановий патронаж вагітної жінки;

4.10.3.6. медична допомога при пологах;

4.10.3.7. патронаж дитини до 1 року;

4.10.3.8. планова вакцинація дитини;

4.10.3.9. профілактичний огляд за наказом МОЗ;

4.10.3.10. профілактичний огляд;

4.10.3.11. офтальмологія профілактична;

4.10.3.12. офісна аптечка;

4.10.3.13. офісний лікар;

4.10.3.14. корпоративний ліміт на виключення;

4.10.3.15. спеціальні опції.

4.10.3.16. інші опції, передбачені договором страхування;

4.10.3.17. визначені медичними протоколами лікування та/або іншими медичними документами процедури, в т.ч. але не виключно басейн, силові заняття на тренажерах.

4.10.4. Інша допомога, передбачена Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі:

4.10.4.1. організація проїзду (включаючи оплату проїзду та оформлення необхідних для проїзду документів) Застрахованої особи та осіб, які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) до місця надання медико-санітарної допомоги та до місця постійного проживання після надання медико-санітарної допомоги;

4.10.4.2. організація, оплата проживання і харчування Застрахованої особи та осіб які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) під час надання медико-санітарної допомоги;

4.10.4.3. репатріація тіла, у разі смерті Застрахованої особи та/або прижиттєвого донора (при трансплантації органів);

4.10.4.4. інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, передбачені Договором страхування.

4.11. Страховик має право комбінувати різні опції в межах програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.

4.12. Детальний опис опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

4.13. Страховим випадком зі страхування на випадок хвороби є:

4.13.1. виникнення захворювання (включаючи травматичні пошкодження, отруєння, опіки, обмороження, інші пошкодження внаслідок нещасних випадків), що визначено в Договорі страхування, у Застрахованій особі, яке вимагає амбулаторного (амбулаторно-стаціонарного) лікування або стаціонарного лікування, при умові, що воно виникло під час дії договору страхування та підтверджене документами, виданими компетентними органами (медичними закладами) у встановленому законом порядку;

4.13.2. встановлення групи інвалідності Застрахованій особі внаслідок подій, зазначених у п. 4.13.1 цих ЗУСП;

4.13.3. смерть Застрахованій особі внаслідок подій, зазначених у п. 4.13.1 цих ЗУСП.

5. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОPIН, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

5.1. Наведені у цих ЗУСП права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованій особі не є вичерпними оскільки Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених тут) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованій особі, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або ЗУСП, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.

5.2. Страхувальник має право:

5.2.1. перевіряти виконання Страховиком дотримання умов договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

5.2.2. вимагати від Страховика здійснення своєчасної страхової виплати, виходячи із програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений договором страхування;

5.2.3. розширити перелік медичної допомоги, перелік обраних страхових ризиків або підвищити розмір страхової суми (т.б. збільшити ймовірність настання страхового випадку та/або збільшити розмір потенційного збитку) шляхом внесення змін до діючого договору страхування, та сплатити за це Страховику страховий платіж;

5.2.4. достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, ЗУСП або чинним законодавством України;

5.2.5. при укладанні Договору страхування призначити за своїм вибором Вигодонабувача та звертатися до Страховика з проханням про заміну Вигодонабувача в період дії Договору страхування до настання страхового випадку шляхом внесення змін до договору страхування;

5.2.6. має право до настання страхового випадку змінити Застраховану особу за згодою Страховика шляхом ініціювання внесення змін до Договору страхування лише за наявності письмової згоди такої особи та Страховика.

5.2.7. вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхового платежу, якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку.

5.3. Страхувальник зобов'язаний:

5.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;

5.3.2. при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику та виконати всі умови розділу 11 цих ЗУСП;

5.3.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування за класом страхування 2, укладені ним про страхування життя, здоров'я та працездатності осіб, щодо яких Страхувальник укладає Договір страхування із Страховиком відповідно до ЗУСП;

5.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення витрат/збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

5.3.5. Повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в термін, передбачений умовами договору страхування, таким повідомленням Страховика

вважається: вчинення дій, визначених в п.8.1., п. 8.7. ЗУСП, або надання Страховику Заяви про виплату.

5.3.6. На вимогу Страховика надати оригінали документів, у строк визначений Страховиком, у разі якщо Страхувальник надавав копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу;

5.3.7. негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про зміну обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

5.3.8. надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), в тому числі копії документів засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, 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 (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;

5.3.9. надати на усний та/або письмовий запит Страховика, у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

5.4. Застрахована особа зобов'язана:

5.4.1. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;

5.4.2. достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я і можливі існуючі ризики його втрати (зміна ступеню ризику);

5.4.3. не створювати свідомо ризику ушкодження / втрати свого здоров'я;

5.4.4. надавати лікарю-експерту можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи

5.4.5. дотримуватись правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати накази та приписи лікарів;

5.4.6. надати Страховику договір страхування (страховий поліс, страховий сертифікат) для прийняття рішення про оплату послуг медичного закладу:

5.4.7. виконувати умови п. 5.3.2 – 5.3.8 цих ЗУСП.

5.5. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування:

5.5.1. умовами договору страхування на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, буде покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким договором, Застрахована особа повинна надати у письмовій формі на це згоду Страховику.

5.5.2. щодо інших прав та обов'язків Страхувальника- в порядку і в строки, встановлені договором страхування.

5.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника/Застрахованої особи.

5.7. Страховик має право:

5.7.1. перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;

5.7.2. під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованих осіб, заповнення декларації про стан здоров'я Застрахованих осіб та за результатами аналізу обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, а

також з урахуванням наявності страхового інтересу приймати рішення щодо укладення або відмови в укладенні договору страхування/ прийняття на страхування,

5.7.2.1. запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою).

5.7.3. запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, та/або вимагати її попереднього медичного огляду та/або заповнення декларації про стан здоров'я;

5.7.4. запитувати і одержувати відомості необхідності кваліфікації події як страхового випадку та визнанням, пов'язані із страховим випадком від компетентних органів, державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян, в тому числі, але не виключно з Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ);

5.7.5. відмовити в страховій виплаті при наявності підстав та у випадках, передбачених цими ЗУСП та договором страхування;

5.7.6. відстрочити вирішення питання про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати в разі порушення кримінальної справи за фактом подій, що призвели до нещасного випадку, травмування або захворювання Застрахованої особи, до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами;

5.7.7. відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених ЗУСП та договором страхування;

5.7.8. достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, згідно з п.п. 6.4 - 6.7 цих ЗУСП.

5.7.9. Запитувати та одержувати від Страхувальника/Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини оригінали та копії документів, в тому числі засвідчені у відповідності до порядку встановленому законодавством, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати.

5.7.10. В будь-який час вимагати від Страхувальника та/або інших осіб які подають документи по Договору страхування, надати оригінали документів, у разі якщо були надані копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу.

5.7.11. Відмовитись від підтримання ділових відносин зі Страхувальником (у тому числі шляхом розірвання ділових відносин) або від проведення фінансової операції, у випадках передбачених статтею 15 Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», зокрема, у разі:

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;

- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;

- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;

- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;

- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;

якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

5.7.12. за умови надання на це згоди такої особи отримувати, використовувати та на свій розсуд передавати третім особам, в тому числі поза межами території України, достовірну і повну інформацію та документи, у тому числі медичні документи та медичну інформацію, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторону життя, прогнози можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про

відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

5.7.13. Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування без пояснення причин;

5.7.14. вимагати зміни умов договору страхування або сплати збільшеного страхового платежу якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати збільшеного страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до умов, що викладено в п. 6.7.2 ЗУСП.

5.8. Страховик зобов'язаний:

5.8.1. попередньо ознайомити Страхувальника з умовами страхування та ЗУСП;

5.8.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику;

5.8.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, в строк передбачений даними ЗУСП та Договором страхування. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати з вини Страховика, Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування;

5.8.4. не розповсюджувати відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

5.8.5. відшкодувати витрати (погоджені зі Страховиком), понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;

5.8.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним договір страхування;

5.8.7. здійснювати інші дії, передбачені законодавством України, даними ЗУСП та договором страхування;

5.8.8. умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

5.9. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

5.10. Під час укладення та виконання Договору страхування Страховик, Страхувальник, Застраховані особи, Вигодонабувачі зобов'язані дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є таємницею страхування.

5.11. Цим Страховик повідомляє, що не надає страхове покриття/не виплачує страхове відшкодування за Договором/не встановлює та/або не продовжує ділові відносини/не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії, та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи.

5.12. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов пункту 5.11. ЗУСП, після того як зазначені в пункті 5.11. ЗУСП санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке ж правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов пункту 5.11. ЗУСП.

5.13. Застрахована особа має право:

5.13.1. обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих Страховиком (його представником) або Асистансом;

5.13.2. обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги;

5.13.3. здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із Страховиком;

5.13.4. надавати Страховику за Договором страхування копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу у разі якщо це визначено у Договорі страхування;

5.13.5. у разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком або про відмову оплатити вартість медичної допомоги, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

5.13.6. що зазначено в п. 5.2.2-5.2.4 цих ЗУСП.

5.13.7. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язані:

5.13.7.1. В разі втрати фізичного страхового полісу (страхового сертифіката) повинен негайно (але не пізніше 48 годин) сповістити про це Страховика. Втрачений страховий поліс (страховий сертифікат) вважається анульованим і не може бути підставою для оплати вартості одержаних медичних послуг, а замість нього на ім'я відповідної Застрахованої особи видається дублікат страхового полісу (страхового сертифікату). При цьому, Страховик вправі до видачі дублікату страхового полісу (страхового сертифікату) вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування вартості виготовлення страхового полісу (страхового сертифікату), якщо це передбачено Договором страхування.

5.13.7.2. Страхувальник має надати особисто або забезпечити надання Застрахованою особою необхідної інформації та/або документів про стан її здоров'я, проведені обстеження, надану медичну допомогу та лікування, які містяться в Електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) та пов'язані з настанням події, що має ознаки страхового випадку та необхідні для її належної кваліфікації. З цією метою, Страхувальник/Застрахована особа, у випадку необхідності на вимогу Страховика, зобов'язаний особисто в робочий час робочого дня за попереднім погодженням з Страховиком з'явитись в будь-який з офісів Страховика з переліку, зазначеного на веб-сторінці Страховика: <https://arx.com.ua/karta-ofisiv>, та надати уповноваженим представникам Страховика доступ до відповідної інформації в ЕСОЗ, в т.ч. шляхом демонстрації інформації з екрану власного електронного пристрою, надання доступу до власного електронного кабінету в електронній медичній інформаційній системі, та можливість отримати/вивантажити необхідну інформацію, в т.ч., але не виключно, шляхом створення копій відповідної інформації ЕСОЗ з екрану власного електронного пристрою Страхувальника/Застрахованої особи. Невиконання цих вимог Страхувальником/Застрахованою собою може бути підставою для відмови в здійсненні страхової виплати;

5.13.7.3. якщо на час здійснення страхової виплати або після її виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистансу/Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, повідомити Страховика про одержання такої компенсації (відшкодування) негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації;

5.13.8. Страхувальнику/Застрахованій особі забороняється передавати страховий поліс (страховий сертифікат) іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за договором страхування. В такому випадку дія договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.

5.14. Страхувальник/Застрахована особа може подати Страховику документи, визначені цими ЗУСП, у вигляді копій документів та/або електронних копій оригіналів паперових документів. Страхувальник/Застрахована особа, надаючи копії документів та/або електронні копії паперових документів Страховику, несе повну відповідальність за наявність оригіналів наданих документів у себе та зобов'язаний надати оригінали документів Страховику на його першу вимогу, у встановлений Страховиком термін.

6. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ.

6.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору страхування можливе та здійснюється лише за взаємною письмовою згодою Сторін.

6.2. Всі зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються на підставі заяви однієї із сторін Договору і оформляються шляхом укладання Додаткової угоди до Договору страхування письмово в паперовій або електронній формі, що містить нові умови Договору страхування і є його невід'ємною частиною.

6.2.1. У разі незгоди Страхувальника зі змінами до умов Договору страхування, такий договір може бути розірваний на підставі письмової заяви Страхувальника, яка має бути надіслана Страхувальником Страховику на поштову адресу: **04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8, АТ «СК «АРКС», з поміткою «Розірвання договору»**. Відсутність такої заяви трактується Сторонами як згода на внесені зміни до Договору страхування.

6.3. Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

6.3.1. закінчення терміну дії договору страхування;

6.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником та/або Застрахованими особами у повному обсязі;

6.3.3. несплати Страхувальником страхових платежів у терміни, встановлені договором страхування. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж (його частина) не був сплачений за вимогою Страховика протягом 10 (Десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

6.3.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи, смерті Страхувальника - фізичної особи (смерті Застрахованої особи - відносно цієї особи) або втрати дієздатності Страхувальником - фізичною особою, за виключенням випадків, коли Застрахована особа письмово погоджується взяти на себе права і обов'язки Страхувальника за договором страхування (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);

6.3.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6.3.6. винесення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

6.3.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

6.4. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

6.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням:

6.5.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;

6.5.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.

6.6. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

6.7. При достроковому припиненні дії договору страхування:

6.7.1. за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

6.7.2. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за час дії договору з вирахуванням:

6.7.2.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;

6.7.2.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором страхування.

6.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.

6.9. В усіх випадках припинення дії договору страхування Страховику повинні бути повернуті страхові поліси (страхові сертифікати).

6.10. У разі припинення дії Договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.

6.11. В разі визнання Договору страхування недійсним кожна з сторін зобов'язана повернути іншій стороні все отримане по цьому Договору, якщо інші наслідки недійсності Договору не передбачені законодавством України.

6.12. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

6.13. Договір страхування вважається таким, що не набрав чинності у разі ненадання Страховику згоди Страхувальника та/або Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини, оформленої у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

6.14. Додаткова угода до договору страхування повинна містити умови визначені законодавством, зокрема але не виключно:

6.14.1. назву документа;

6.14.2. назву та адресу Страховика;

6.14.3. прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу;

6.14.4. номер та дату укладення договору страхування;

6.14.5. зміни або доповнення до умов договору.

6.15. У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб, Страхувальник після внесення відповідних змін до договору страхування сплачує за нових Застрахованих осіб страховий платіж, розрахований Страховиком виходячи із періоду часу, що фактично залишився до закінчення строку дії договору страхування. На ім'я нових Застрахованих осіб Страховик у відповідності до ЗУСП видає страхові поліси (страхові сертифікати).

6.16. У випадку зменшення кількості Застрахованих осіб (при наявності згоди на це Застрахованих осіб, що виключаються із списку), або за бажанням Страхувальника у разі припинення трудових відносин з застрахованими працівниками, Страховик після внесення відповідних змін до договору страхування повертає Страхувальнику страховий платіж, фактично сплачений за виключених Застрахованих осіб, за вирахуванням:

6.16.1. частки витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування, визначених при розрахунку страхового тарифу;

6.16.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким договором страхування виключеним Застрахованим особам до моменту їх виключення із договору страхування.

6.17. Страхові поліси (страхові сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для оплати вартості одержаної медичної допомоги.

6.18. Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на це вибуваючої Застрахованої особи) або самої Застрахованої особи шляхом внесення змін до договору страхування.

6.19. Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових полісів (страхових сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих

осіб, Страховик у відповідності до ЗУСП видає на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових полісів (страхових сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

6.20. Страхувальник зобов'язаний негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричиняли збільшення страхового ризику, припинилися.

7. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого договору без пояснення причин, окрім:

7.1.1. договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

7.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором страхування;

7.2. Порядок та строки повернення страховиком страхової премії (її частини) в разі відмови страхувальника від договору страхування, а також інші умови використання права на відмову від договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

8. ПОРЯДОК ДІЙ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

8.1. При виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто, за телефоном до Страховика (його представника) або Асистансу, за допомогою електронної пошти, чату на веб-сайті Страховика, мобільного застосунку «MyARX», програм-месенджерів, відомості про яких наведені в договорі страхування / страховому полісі (страховому сертифікаті), або у інший спосіб, передбачений в Договорі страхування, та надає усно, письмово або електронним повідомленням наступну інформацію:

8.1.1. Прізвище, ім'я Застрахованої особи та дату народження;

8.1.2. Детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;

8.1.3. Контактний телефон.

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

8.2. Лікар – координатор Асистанса проводить ідентифікацію Застрахованої особи та чинність Договору, надає консультації та, у разі необхідності, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.

8.3. Страховик (його представник) або Асистанська компанія рекомендує Застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення Застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога.

8.4. При зверненні до медичного закладу, рекомендованого Страховиком (його представником) або Асистанською компанією, медична допомога (медичні послуги) Застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

8.4.1. документ, що посвідчує Застраховану особу;

8.4.2. страховий поліс (страховий сертифікат) або номер страхового полісу чи страхової картки;

8.4.3. направлення Страховика або Асистанської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

8.5. Застрахована особа може бути направлена Асистанською компанією до медичного закладу за попередньою домовленістю із Страховиком по телефону.

8.6. При необхідності в медичній допомозі та неможливості Асистансом організувати таку медичну допомогу в медичному закладі, що входить до переліку закладів з якими співпрацює Страховик/Асистанс, Застрахована особа може отримати медичну допомогу в медичному закладі, за його вибором. В останньому випадку, обов'язковою умовою є попереднє, перед отриманням та сплатою послуг, медикаментів та товарів медичного призначення, погодження Асистансу.

8.7. При настанні страхових випадків, вказаних в п. 4.13 цих ЗУСП, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити про це Страховика, як тільки стане можливим, але не пізніше 5 робочих днів від дня настання страхового випадку, шляхом надання електронного повідомлення та/або письмового документа. Якщо з поважних причин Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не мав змоги повідомити у вказаний строк, цей строк може бути збільшений за згодою Страховика;

8.8. Строк, протягом якого Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, встановлюється у Договорі страхування, але він не може перевищувати 30 календарних днів з моменту закінчення лікування чи встановлення групи інвалідності, а у випадку смерті Застрахованої особи – не пізніше семи місяців з моменту настання страхового випадку.

9. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

9.1. За класом страхування 2 можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати в разі настання страхового випадку:

9.1.1. фіксована грошова виплата в межах страхової суми (ліміту відповідальності) в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми;

9.1.2. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;

9.1.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

9.2. Страхова виплата при настанні страхового випадку може здійснюватись Страховиком згідно з Договором страхування на підставі Заяви про виплату Страхувальника (Застрахованої особи, його правонаступника або третіх осіб, визначених договором страхування) та страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

9.3. Страхова виплата може здійснюватись Страховиком шляхом оплати медичному закладу, фармацевтичному закладу, Асистанській компанії вартості медичної допомоги та/або медикаментів та товарів медичного призначення, наданих медичними та фармацевтичними закладами Застрахованій особі, в рамках Договору страхування.

9.4. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та вартість наданої медичної допомоги, визначено договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.

9.5. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.

9.6. Зобов'язання Страховика по відшкодуванню збитків (здійсненню страхового відшкодування/страхової виплати) за ризиками та у випадках, вказаних в Договорі, виникають не раніше дня отримання Страхувальником згоди Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної

інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню.

9.7. Якщо Застрахована особа (його правонаступник або треті особи, визначені договором страхування) самостійно сплатив вартість медичної допомоги, та/або медикаментів та товарів медичного призначення документами, що підтверджують настання страхового випадку та вартість медичної допомоги, є:

9.7.1. Заява про виплату, яка обов'язково надається Страховику якщо заявляється вимога виплати страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг) та/або особі, яка має на це право відповідно умов договору страхування чи діючого законодавства;

9.7.1.1. Якщо інше не передбачено додатково Договором страхування, Заява про виплату надається/ Страховику у формі електронного повідомлення відповідно до п. 2.29 цих ЗУСП та/або письмового документа (електронного документа або документа, складеного на папері згідно встановленої Страховиком форми).

Заява про виплату у формі документа, складеного на папері, подається до визначеного офісу Страховика відповідно до встановленої ним процедури або поштою на офіційну поштову адресу Страховика, а у формі електронного документа - через визначену Страховиком адресу електронної пошти. Страховик здійснює фіксацію Заяви про виплату у разі, якщо вона відповідає встановленим вимогам та містить всю необхідну інформацію.

9.7.1.2. Страхувальник або Застрахована особа (особа, яка має на це право відповідно до умов договору страхування) зобов'язаний/а зазначити в Заяві про виплату та надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.

9.7.1.3. З метою фіксації будь-якої інформації та повідомлень про страховий випадок, поданої у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика/Асистанса, Страховиком/ Асистансом здійснюється запис телефонної розмови.

9.7.1.4. В окремих випадках, визначених Договором страхування та/або виключно за вимогою Страховика, для підтвердження настання страхового випадку та здійснення страхової виплати Страхувальник або Застрахована особа зобов'язан/а надати Страховику Заяву про виплату, в письмовій формі, визначеній Страховиком, протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події, незалежно від подання Заяви у формі електронного повідомлення.

9.7.1.5. Крім Страхувальника, Застрахованої особи (осіб, які мають на це право відповідно до умов договору страхування) Заяву про виплату можуть надати інші уповноважені ними особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник.

9.7.2. До Заяви про виплату додаються такі документи:

9.7.2.1. договір страхування (страховий поліс) за вимогою Страховика;

9.7.2.2. копії документів що посвідчують Застраховану особу (Вигодонабувача);

9.7.2.3. копії рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;

9.7.2.4. виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування;

9.7.2.5. рахунки закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);

9.7.2.6. платіжні документи з медичних та фармацевтичних закладів з зазначенням назви медичних препаратів;

9.8. Документи, в т.ч. копії документів, фотокопії та/або інформація, передбачені Розділом 9 цих ЗУСП, можуть бути надані Страхувальником/Застрахованою особою (іншою особою,

яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства України) шляхом подання представнику Страховика особисто, та/або подання за допомогою засобів поштової зв'язки, та/або через згенероване посилання, надіслане нею у формі електронного повідомлення, та/або шляхом направлення на адресу корпоративної електронної пошти Страховика та/або офіційний обліковий запис у застосунках-месенджерах співробітника Страховика, або будь-яким іншим способом, визначеним Страховиком, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Відповідальність за надання, достовірність інформації, зазначеної в копіях наданих документів, несе - Страхувальник або Застрахована особа (інша особа, яка понесла витрати та має право на отримання страхової виплати згідно з умовами договору страхування та/або відповідно до законодавства України).

9.9. Якщо Страхувальником надані Страховику лише копії вказаних в підпунктах 9.7.2.4 - 9.7.2.6 документів, з суми страхового відшкодування, що є компенсацією витрат Страхувальника, Застрахованої особи, Страховик може утримувати та перераховувати до бюджету податок на доходи фізичних осіб та воєнний збір за ставкою та за правилами, передбаченими положеннями Податкового Кодексу України. В разі змін податкового законодавства оподаткування суми страхового відшкодування буде здійснюватися Страховиком відповідно до таких змін.

9.10. Оскільки оригінал документа може існувати в єдиному примірнику і бути необхідним для діяльності Страхувальника/Застрахованої особи, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа за згодою Страховика може надавати Страховику копії оригінальних документів зручним для нього способом відповідно до п. 9.8. ЗУСП, за умови збереження оригіналу у себе, надання оригіналу Страховику за його першою вимогою в т. ч., але не виключно, після закінчення дії Договору страхування, повної відповідності таких документів наведеному в цих ЗУСП визначенню копії документа, а у разі надання копії документа в електронній формі - в т. ч. за умови повної відповідності вимогам, вказаним в п. 9.11. цих ЗУСП. На вимогу Страховика, яка може бути здійснена як письмово шляхом обміну електронними повідомленнями, так і усно, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язується надати Страховику для ознайомлення та огляду оригінали документів способом та в термін, визначені Страховиком. Надаючи копії документів, Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. електронні) є такими, що виготовлені з існуючого оригіналу документа; їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу документа, Страхувальник несе повну відповідальність та зобов'язується повернути Страховику виплачене останнім страхове відшкодування.

9.11. Електронний документ, або електронна копія (фотокопія) оригінального документа, складеного на папері що надається Страховику має відповідати таким вимогам:

9.11.1. повинна бути у вигляді файлу, що має один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду:

- файл, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);
- файл, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

9.11.2. має бути належної якості, щоб в ньому можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

9.12. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.

9.13. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається страховиком протягом 15 робочих днів з дня отримання від Застрахованої особи або медичного закладу всіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення про відмову у виплаті страхової суми (її частини) повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій або електронній формі з обґрунтуванням причин відмови.

9.14. У разі отримання медичної допомоги в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги, термін здійснення страхових виплат встановлюється договором страхування, але цей термін не може перевищувати 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату.

9.15. Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистанській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.

9.16. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.

9.17. Страхова виплата здійснюється в тій валюті, яка передбачена Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України. .

9.18. Страхова виплата за страховими ризиками, вказаними в п.4.13 цих ЗУСП здійснюється Страховиком на підставі Заяви про виплату Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, спадкоємців Застрахованої особи), всіх необхідних, належним чином оформлених документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди, складеного Страховиком Страхового акту у порядку, обумовленому діючим законодавством України, цими ЗУСП та Договором страхування.

9.19. Страховик, при необхідності, запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком, в компетентних органах, медичних закладах, у правоохоронних органів і інших закладах і організаціях, що мають інформацію про настання та обставини страхового випадку, а також, самостійно з'ясовує причини й обставини страхового випадку. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику усі необхідні документи згідно з п. 9.29 цих ЗУСП. Ненадання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті як в цілому, так і в частині.

9.20. Умовами Договору страхування може бути передбачена страхова виплата шляхом оплати, наданих Застрахованій особі в зв'язку з захворюванням, платних медичних послуг в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання, за письмовим розпорядженням Застрахованої особи про оплату медичних послуг Страховиком, оформленим згідно чинного законодавства.

9.21. При настанні страхового випадку, вказаного в п. 4.13.1 цих ЗУСП, розмір страхової виплати визначається наступним чином (якщо інше не передбачено Договором страхування):

9.21.1. При амбулаторному лікуванні, що підтверджується лікарняним листом (або іншим медичним документом - довідкою тощо, для непрацюючих - довідкою медичного закладу) - 0,2% -10% від страхової суми за кожен день лікування, але не більше, ніж за 20 днів лікування. Конкретний розмір страхової виплати у відсотках від страхової суми узгоджується між сторонами при укладенні Договору страхування та зазначається в ньому;

9.21.2. При стаціонарному лікуванні - 3% - 5% від страхової суми за кожний день лікування. Конкретний розмір страхової виплати у відсотках від страхової суми узгоджується між сторонами при укладенні Договору страхування та зазначається в ньому;

9.21.3. Договором страхування може бути передбачено визначення розміру виплат за таблицею виплат у відповідності з видом травматичного (тілесного) ушкодження (розладу функцій організму) або його наслідками. Така таблиця узгоджується з Страхувальником при укладанні Договору страхування і є його невід'ємною частиною.

9.22. При настанні страхового випадку, зазначеного в п. 4.13.2 цих ЗУСП, страхова виплата здійснюється Застрахованій особі в наступному розмірі: при встановленні першої групи

інвалідності - 100% страхової суми, вказаної в договорі страхування по даному виду страхових випадків; при встановленні другої групи інвалідності – не більше 80% страхової суми; при встановленні третьої групи інвалідності – не більше 60% страхової суми, якщо інші розміри не передбачені умовами договору страхування.

9.22.1. При встановленні Застрахованій особі в період дії Договору страхування більш високої групи інвалідності, страхова виплата здійснюється з урахуванням раніше виплачених сум у зв'язку із страховим випадком, зазначеним у п. 4.13.2 ЗУСП, але не вище страхової суми, встановленої по даному виду страхових випадків.

9.23. При настанні страхового випадку, вказаного в п. 4.13.3 цих ЗУСП, Вигодонабувачеві (спадкоємцям Застрахованої особи) виплачується 100% страхової суми. Страхова виплата здійснюється Вигодонабувачеві, вказаному у Договорі страхування. Якщо в Договорі страхування Вигодонабувач не вказаний, Вигодонабувачами признаються спадкоємці Застрахованої особи.

9.24. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми для цієї Застрахованої особи, встановленої Договором страхування.

9.25. У випадку, коли Вигодонабувачем є Банк або будь-який інший Кредитор, договором страхування може бути передбачено виплату в розмірі (в межах) страхової суми, але не більше заборгованості Застрахованої особи перед Банком (іншим Кредитором) на момент настання страхового випадку.

9.26. Страхова виплата здійснюється за бажанням Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) шляхом її перерахування на рахунок одержувача в установі банку, готівкою у касі Страховика або переказу поштою.

9.27. Для одержання страхової виплати особа, яка має право на її одержання, може видати доручення будь-якій особі. Доручення повинне бути оформлено у встановленому законом порядку.

9.28. Страхова виплата здійснюється в тій валюті, яка передбачена Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

9.29. Документи, необхідні для одержання страхової виплати, у зв'язку із страховими випадками, вказаними в п. 4.13 цих ЗУСП (надаються Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцями Застрахованої особи):

9.29.1. Заява про виплату;

9.29.2. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи або його копія (при настанні страхового випадку згідно п. 4.13.3 цих ЗУСП);

9.29.3. Висновок відповідного закладу про причину смерті, довідка з медичного закладу, яка підтверджує, що захворювання, яке призвело до смерті, сталося під час дії Договору страхування;

9.29.4. При необхідності, акт про нещасний випадок (травматичне ушкодження) або документ, наданий компетентними органами, який підтверджує факт настання нещасного випадку;

9.29.5. Свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріусом (для спадкоємців);

9.29.6. Рішення Експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО) про встановлення групи інвалідності (при настанні страхового випадку згідно п. 4.13.2 цих ЗУСП);

9.29.7. Медична картка, витяг з історії хвороби, листок непрацездатності або його копія, видана лікувальним закладом (в разі неможливості отримання листка непрацездатності надається довідка лікувального закладу);

9.29.8. Копія паспорту Застрахованої особи (Вигодонабувача) або документ, що посвідчує особу;

9.29.9. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі (Вигодонабувачу);

9.29.10. Інші документи за вимогою Страховика, необхідні для встановлення факту настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати.

9.30. Рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання письмової Заяви про виплату та інших документів згідно з п. 9.29 цих ЗУСП, та оформляється Страховим актом за встановленою Страховиком формою.

9.31. Якщо випадок визнано страховим, страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів з дня підписання Страхового акту, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.32. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову в здійсненні страхової виплати, якщо:

9.32.1. В нього є мотивовані сумніви в правомірності вимог на одержання страхової виплати - до отримання роз'яснень компетентних органів, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання Заяви про виплату;

9.32.2. Розмір шкоди протягом встановленого в Договорі страхування строку визначити неможливо – до визначення розміру шкоди, але не більше, ніж на три місяці з дня одержання Заяви про виплату;

9.32.3. Поручено кримінальну справу щодо настання страхового випадку і ведеться розслідування обставин, що призвели до настання страхового випадку - до закінчення розслідування або судового розгляду.

9.32.4. В інших випадках, зазначених в Договорі страхування, однак не більше, ніж на 6 (шість) місяців з дати отримання від Страхувальника усіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати.

9.33. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови у строк, не більший ніж 10 (десять) робочих днів з дня прийняття такого рішення.

9.34. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки та порядок прийняття рішення про здійснення страхової виплати, відмову у здійсненні страхової виплати або відстрочення прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

10. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо:

10.1.1. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) вчинили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

10.1.2. Страхувальником (Застрахованою особою) вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

10.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування, про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або про факт настання страхового випадку (стан здоров'я Застрахованої особи, обсяг або якість наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розмір витрат на лікування);

10.1.4. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) несвоєчасно повідомили про настання страхового випадку без поважних на це причин або створювали Страховикові перешкоди у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування та/або перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

10.1.5. Якщо на час здійснення страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистансу або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, Страховик зменшує розмір страхової виплати на суму, що компенсована (відшкодована) зазначеними особами. Про

одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.

10.1.6. Страхувальник (Застрахована особа) отримав повне/часткове відшкодування збитку від третіх осіб в розмірі такого відшкодування;

10.1.7. Страхувальник не отримав та/або відмовляється передати Страховику отриману попередньо згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформлені по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню.

10.1.8. в інших випадках передбачених законодавством України.

10.1.9. Страхувальником не надано у строки і терміни визначені Страховиком оригіналів документів, у разі якщо Страхувальник раніше надавав копії документів та/або електронні копії оригіналів паперових документів.

10.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема, але не виключно:

10.2.1. Страхувальник (Застрахована особа) не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює із Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;

10.2.2. Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику у встановлений строк документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;

10.2.3. Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я або стосовно обсягу або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;

10.2.4. Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив Страховику про всі відомі дані, що мають значення для оцінки страхового ризику;

10.2.5. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, передбачені ЗУСП або договором страхування;

10.2.6. ненадання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини обумовлених Договором документів, зокрема, але не виключно згоди, оформленої у спосіб, строки та по формі і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявності ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

10.2.7. інші підстави, які не суперечать законодавству України.

10.2.8. Якщо після здійснення Страховиком страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, то сума одержаної компенсації повинна бути негайно (але не пізніше 5 робочих днів після одержання цієї компенсації) сплачена Страховику в межах фактично здійсненої Страховиком страхової виплати. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.

10.3. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) у судовому порядку.

11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Перед укладенням Договору страхування Клієнт та особи, що будуть застраховані, обов'язково повинні ознайомитись з цим ЗУСП, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика (на вебсайті Страховика - <https://arx.com.ua> та/або шляхом надання посилання на цю інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика/Страхового посередника, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет Клієнта в програмному забезпеченні Страхового посередника чи мобільний застосунок MyARX), про Страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника (наявність Страхового посередника зазначається в Листі-інформування, який надається перед укладенням договору страхування), в обсязі передбаченому діючим законодавством України на дату укладення Договору страхування та інформацією що передбачені статтями 86, 87, 88 Закону України «Про страхування», частинами 1,2, 4-6 статті 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» та п.5 Положення НБУ «Про розкриття інформації про страховика та страховий продукт, розміщення інформаційного документа про стандартний страховий продукт на вебсайтах страховиків та страхових посередників» № 174 від 20.12.2023.

11.2. Якщо у Страхового посередника, через якого реалізується договір страхування, немає власного вебсайту, він розкриває Клієнту та особам, що будуть застраховані, інформацію про страховий продукт до укладення договору страхування шляхом її надання в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на вебсайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет Клієнта в програмному забезпеченні Страхового посередника чи мобільний застосунок MyARX або в інший спосіб за домовленістю зі клієнтом, з підтвердження факту надання такої інформації.

11.3. На запит Клієнта йому безкоштовно Страховиком/Страховим посередником надається індивідуальна консультація щодо умов страхових продуктів, що пропонуються, та рекомендації, який страховий продукт максимально відповідатиме вимогам та потребам Клієнта у страхуванні.

11.4. Клієнт подає Страховику/Страховому посереднику заяву на страхування в довільній формі (усно або письмово), зазначаючи інформацію про себе та достовірний перелік обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та інші відомості необхідні для укладення Договору страхування, та повідомляє про наявність страхового інтересу у Застрахованої особи:

11.4.1. свої прізвище, ім'я, по батькові або назву організації, дату народження, реєстраційний номер облікової картки платника податків РНОКПП (ІПН)/ЄДРПОУ, адресу проживання / перебування/місцезнаходження, телефон, адресу електронної пошти, резидентом якої країни він є, банківські реквізити, документ, що посвідчує особу (серія, номер);

11.4.2. Обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику:

11.4.2.1. відомості по особі, яку планують страхувати: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження, адреса фактичного проживання або місце перебування, документ, що посвідчує особу (серія, номер), реєстраційний номер облікової картки платника податків (надалі - РНОКПП) (за наявності), контактний телефон, електронна пошта, резидентом якої країни є особа та інше), включаючи інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;

11.4.2.2. характеристика та наповнення Програми страхування:

11.4.2.2.1. перелік страхових ризиків;

11.4.2.2.2. перелік опцій, послуг, видів медичної допомоги, включених в Програму страхування з урахуванням їх характеристик (франшиз, лімітів, класу медичних закладів, рівня медичної допомоги) та перелік виключень, які застосовані до Програми страхування;

11.4.2.3. територія дії Договору;

11.4.2.4. територія переважного перебування осіб, яких планують страхувати (переважного переліку медичних закладів, де буде отримана медична допомога згідно з Програмою страхування);

11.4.2.5. строк дії договору та страхового покриття;

11.4.2.6. розмір страхової суми;

11.4.2.7. умови сплати страхової премії;

11.4.2.8. загальна кількість осіб, які підлягають одночасному страхуванню в межах одного колективу, за однаковою Програмою страхування;

11.4.2.9. вік та стать осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.10. професійна діяльність осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.11. умов праці осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.12. умов життя осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.13. чи буде особа займатися спортом та яким;

11.4.2.14. вид зайнятості осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.15. наявність шкідливих звичок у осіб, яких планують страхувати;

11.4.2.16. стан здоров'я особи, як планують страхувати, який оцінюється за допомогою заповненої декларації про стан її здоров'я, в якій уточнюється в тому числі, але не виключно: група інвалідності, або для дитини факт наявності інвалідності, знаходження на обліку в диспансерах будь-якого профілю, центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій, наявність ВІЛ-захворювання, та/або шляхом направлення особи на медичний огляд та/або з урахуванням результатів її попереднього медичного огляду; визнання особи недієздатною;

11.4.2.17. обставини, що зазначені в обмеженні на страхування;

11.4.2.18. якщо Страхувальник є юридичною особою – фінансовий стан юридичної особи, що підтверджується балансом або довідкою про фінансовий стан, підтвердженими аудитором (аудиторською фірмою).

11.4.3. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкта страхування, включаючи наявність такого інтересу у Застрахованої особи.

11.4.4. інші відомості передбачені законодавством.

11.5. Страховик має право при укладенні Договору страхування вимагати заповнити декларацію про стан здоров'я особи, що планують страхувати, та/або вимагати проходження медичного обстеження такої особи з метою оцінки фактичного стану її здоров'я в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком, за умови сплати Страховиком всіх прямих та супутніх витрат, пов'язаних з таким обстеженням.

11.6. Страховик на підставі аналізу обставин, що мають істотне значення, приймає рішення про можливість укладення Договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування.

11.7. Підписом перед укладенням Договору страхування листа-інформування (власноруч) або отримавши його в вигляді посилання в смс-повідомленні або на електронну адресу, яку надано при поданні заяви на страхування, та погодившись на укладення Договору страхування, Клієнт підтверджує, що Страховик/Страховий посередник на підставі отриманої від нього інформації з'ясував його потреби та вимоги у страхуванні та цей страховий продукт відповідає його вимогам та потребам у страхуванні, що він ознайомився з отриманою ним інформацією, що зазначена в п. 11.1 ЗУСП та вона є доступною в місцях обслуговування Страхувальників Страховика та/або на веб-сторінці Страховика в мережі Інтернет <https://arx.com.ua>, є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору страхування та ЗУСП йому зрозумілі та він згоден з ними; зазначена інформація та Договір

страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування є добровільним, свідомим та не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування; що з ним узгоджено спосіб відправлення та одержання його примірника Договору страхування та додатків до нього; отримання згоди осіб, що будуть страхуватися, на їх страхування та на обробку їх персональних даних та підтверджує свою згоду на обробку своїх персональних даних та з твердженнями, які зазначено в п. 18-2-18.12 ЗУСП. Якщо Договір страхування оформлюється через веб-сайт Страховика <https://arx.com.ua> або мобільний застосунок MyARX Клієнт підтверджує все вищезазначене шляхом заповнення відповідного Checkbox галочкою/хрестиком (Страховик може підтвердити це шляхом формування log-файлу).

11.8. На вимогу Клієнта Страховик/Страховий посередник зобов'язаний безоплатно надати йому проект Договору страхування шляхом демонстрації на екрані різних технічних засобів електронних комунікацій, або у формі паперового або електронного документа (надсилання файлу на вказану Клієнтом електронну адресу) за вибором Клієнта, що погоджений під час подання заяви на страхування, при умові якщо Страховик у момент вимоги немає підстави не продовжувати або бажає продовжувати процес укладення Договору страхування з Клієнтом.

11.9. Договір страхування укладається в письмовій формі згідно з вимогами Цивільного кодексу України та Закону України «Про страхування». Оформлення Договору може бути в паперовій формі, у формі електронного документа, у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію. Договір в електронній формі укладається в програмному забезпеченні Страховика/Страхового посередника відповідно до наданих Клієнтом даних в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію», Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії». Перед укладенням Договору Страховик обов'язково попередньо ознайомлює Клієнта в будь-який доступний спосіб з усіма умовами Договору та Клієнт зобов'язаний перевірити надані ним дані, обрані умови страхування, підтвердити їхню достовірність.

11.10. Договір страхування в електронній формі може підписуватись Страхувальником з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором або з використанням кваліфікованого електронного підпису (надалі-КЕП) або КЕП уповноваженого представника Страхувальника (для Страхувальників юридичних осіб), а зі сторони Страховика підписується шляхом накладання електронного підпису уповноваженої особи Страховика з використанням засобів електронного підпису, які відповідають вимогам чинних нормативно-правових актів України на час підписання Договору.

11.10.1. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику на зазначений Страхувальником при поданні заяви на страхування номер мобільного телефону та/або електронну адресу, які будуть зазначені в Договорі страхування. Перед підписанням Договору страхування Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їх достовірність. Для підписання Договору електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Договору страхування. Після підписання Договору страхування Страхувальником, договір підписує Страховик, шляхом що зазначено в п. 11.10 ЗУСП.

11.10.2. Укладений Договір страхування в електронній формі надсилається Страхувальнику у спосіб, обраний ним при укладенні Договору (завантаженням документа по гіперпосиланню, наданого Страхувальнику шляхом направлення електронного повідомлення на зазначений номер телефону Страхувальника, в т.ч. із застосуванням комп'ютерних додатків – месенджерів, мобільного застосунку MyARX; отримання способом направлення

документа в електронній формі на електронну пошту Страхувальника, вказану ним при укладенні договору страхування або інший спосіб погоджений в договорі страхування), в момент підписання Договору, але не пізніше початку строку його дії. Отриманий таким чином документ засвідчує право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

11.10.3. При підписанні договорів КЕП всіма Сторонами договору, Сторони зобов'язані своєчасно здійснювати приймання електронних документів, їх перевірку, підписання та повернення. Сторони гарантують, що підписанти належним чином будуть уповноважені на підписання документів за допомогою КЕП.

11.10.4. Для Договору страхування, укладеного в електронній формі, дата та час укладання договору – це дата та час, вказані на кваліфікованій електронній позначці часу накладання КЕП уповноваженої Страховиком/Страховим посередником або Страхувальником особи, що зробила це останньою, якщо інше не вказано в Договорі страхування.

11.10.5. Для підписання та обміну електронними документами Сторони використовуватимуть онлайн-сервіс електронного документообігу Вчасно (<https://vchasno.ua>) або інший онлайн сервіс за домовленістю.

11.10.6. Якщо Договір страхування укладається в електронній формі, Страховик у випадку отримання відповідної вимоги Страхувальника приймає на себе зобов'язання виготовити копію Договору страхування у паперовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги від Страхувальника. Такий екземпляр Договору страхування підписується сторонами та скріплюється їх печаткою (за наявності).

11.11. Якщо Договір страхування укладається у паперовій формі, то він укладається в двох ідентичних примірниках з унікальним номером, однаковим для обох примірників, кожен його примірник підписується власноруч обома Сторонами (уповноваженими представниками Сторін) Договору з проставленням печатки (за наявності). Примірник Договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком/Страховим посередником Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами. Договір у паперовій формі укладається в двох ідентичних примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

11.12. Підписання договору в паперовій формі не виключає можливості підписання додатків до нього та інших документів, що потрібні для виконання договору, в електронній формі. Підписання договору в електронній формі не виключає можливості підписання додатків до нього та інших документів, що потрібні для виконання договору, в паперовій формі.

11.13. Договором страхування може бути передбачена інша процедура його підписання у порядку, передбаченому діючим законодавством України.

11.14. Страхувальник має можливість відмовитися від укладення Договору страхування в будь-який момент до здійснення його підписання.

11.15. Договір є укладеним з моменту його підписання обома Сторонами.

11.16. Після підписання договору страхування Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів.

11.17. Укладений договір набуває чинності з моменту надходження страхової премії (першої частини страхової премії – у разі сплати страхової премії частинами) в повному об'ємі на поточний рахунок чи до каси Страховика/Страхового посередника та в строки, погоджені в Договорі, але не раніше дати вказаної, як дата початку дії договору або відповідного страхового періоду, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.18. Страхувальник повинен повідомляти третю особу про укладений на її користь договір страхування. Страховик не повинен очікувати протягом 30 (тридцяти) календарних днів від такої третьої особи заперечень до страхування.

11.19. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим ЗУСП та не суперечать чинному законодавству України.

11.20. Після набуття чинності договором страхування Страховик може видавати Страхувальнику страхові поліси (страхові сертифікати) на ім'я кожної Застрахованої особи,

що підтверджують наявність та обсяг прав та обов'язків Застрахованих осіб за таким договором страхування, в формі погодженій зі Страхувальником.

11.21. Моментом підписання є використання:

- електронного підпису або кваліфікованого електронного підпису відповідно до Закону України «Про довірчі послуги», за умови використання засобу електронного підпису усіма сторонами електронного правочину;
- електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію»;
- власноручного підпису.

12. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

12.1. Страхуваними випадками не вважаються, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

12.1.1. одержанням медичної допомоги, що не передбачена договором страхування;

12.1.2. захворюванням або травмою, одержаними під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми, смерті;

12.1.3. захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;

12.1.4. замахом на самогубство, захворювання, які є наслідком замаху на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

12.1.5. навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень та захворювань, які внаслідок цього виникли;

12.1.6. участю у будь-яких воєнних діях, громадських заворушеннях, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано із виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;

12.1.7. одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

12.1.8. захворюванням, пов'язаним із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на яку страждає Застрахована особа, незалежно від термінів виявлення останньої;

12.1.9. вродженими аномаліями/захворювання або вадами розвитку;

12.1.10. захворюванням, пов'язаним з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями (в т.ч масовими), незалежно від строків та обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

12.1.11. захворюванням, яке потребує медичної допомоги в медичних закладах закритого типу;

12.1.12. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, які зареєстровані медичними закладами протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування відносно кожної Застрахованої особи (якщо інше не передбачено договором страхування);

12.1.13. будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД незалежно від термінів їх виявлення.

12.2. Страхуваним випадком також не вважається одержання Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої договором страхування.

12.3. До суми страхової виплати не включається оплата наступних витрат:

12.3.1. вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо), їх ремонту або прокату;

12.3.2. вартість медичної допомоги, пов'язаної із лікуванням гострих захворювань, на які Застрахована особа страждала на момент укладення договору страхування та крім випадків застосування ретроактивної дати;

12.3.3. вартість медичної допомоги, пов'язаної із загостренням хронічної хвороби, якщо загострення почалося до набуття чинності договором страхування (крім випадків, коли медична допомога спрямована на зняття гострого болю та крім застосування ретроактивної дати). Під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи;

12.3.4. вартість медичної допомоги, що не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем;

12.3.5. витрати на медичну допомогу, загальна вартість якої не перевищує розміру встановленої договором страхування франшизи при застосуванні умовної франшизи;

12.3.6. витрат в розмірі встановленої безумовної франшизи;

12.3.7. витрати, які сталися поза періодом чинності договору страхування (періодом страхового захисту), якщо інше не вказано в договорі страхування.

12.4. Окремі положення, зазначені у п.п.12.1 - 12.3 цих ЗУСП, можуть бути передбачені у договорі страхування як страхові випадки при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.

12.5. Не визнаються страховими випадками збитки, що сталися внаслідок та/або на території (територія визначається на підставі належних та допустимих доказів) оголошеної або неоголошеної війни, збройного конфлікту, військових та бойових дій, дій будь-яких законних чи незаконних військових, воєнізованих, збройних формувань, бандитизму, диверсії, найманства, повстання, революції, заколоту, путчу, бунту, дій, спрямованих на зміну чи повалення конституційного ладу, захоплення державної влади, посягання на територіальну цілісність, громадянських (масових) заворушень, інших масових порушень громадського порядку, самоуправства, вчинення терористичних актів, здійснення терористичної діяльності, проведення антитерористичних операцій, встановлення військових режимів або надзвичайних положень в країні, народних хвилювань усякого роду або страйків, локаутів, блокад, конфіскації, націоналізації, примусового вилучення, реквізиції, арешту, пошкодження або знищення застрахованого майна за розпорядженням існуючого де-юре або де-факто уряду (невизнаного, самопроголошеного, фактичного) або будь-якого органу влади, дій та розпоряджень самопроголошених (не передбачених законодавством України) органів влади та незаконних збройних чи воєнізованих формувань, дій по контролю, попередженню та боротьбі з наслідками подій, зазначених в цьому пункті ЗУСП, впливу будь-якої зброї (мін, бомб, снарядів, ракет тощо), покинутих збрарядь війни (зброї та боєприпасів);

12.6. Додатково за ризиком, зазначеним в п. 4.1.1 цих ЗУСП, Страховими випадками не визнаються (якщо інше не передбачено Договором страхування):

12.6.1. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування;

12.6.2. Хвороби, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договором страхування, крім випадків загострення та ускладнення хронічної хвороби, на яку Застрахована особа була хвора на час укладення Договору страхування;

12.6.3. Захворювання, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяці з дня набуття чинності Договором страхування;

12.6.4. Захворювання або смерть, які є наслідком вживання Застрахованою особою ліків без призначення лікаря, самолікування;

12.6.5. Лікування, пов'язане з пластичними та реконструктивними операціями та ускладнення, пов'язані з такими втручаннями;

12.7. Договір страхування діє протягом строку, на який він був укладений. Договором страхування може бути передбачено, що страхування, обумовлене Договором, поширюється

тільки на страхові випадки, що відбулися з Застрахованою особою на виробництві а/або в побуті; у межах визначеної території, періоду часу або за умови настання інших обставин, зазначених у Договорі страхування.

12.8. Не можуть бути Застрахованими особами (якщо інше не передбачено Договором страхування):

12.8.1. Особи у віці молодше 1 (одного) року;

12.8.2. Особи, вік яких на дату закінчення дії Договору страхування перевищує 70 (сімдесят) років;

12.8.3. Особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом;

12.8.4. Інваліди 1 (першої) групи;

12.8.5. Особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані.

12.9. Події, що сталися зі Застрахованою особою, не є страховими випадками, якщо вони відбулися в результаті:

12.9.1. Впливу ядерного вибуху, радіації або радіоактивного забруднення;

12.9.2. Військових дій, а також маневрів або інших військових заходів, якщо інше не передбачено Договором страхування;

12.9.3. Громадянської війни, народних хвилювань усякого роду або страйків, якщо інше не передбачено Договором страхування;

12.9.4. Вчинення або спроби вчинення навмисного злочину за участю Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;

12.9.5. Навмисної дії Застрахованої особи, Страхувальника або Вигодонабувача;

12.9.6. Перебування Застрахованої особи в момент нещасного випадку в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, керування засобом транспорту в стані сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом іншій особі, яка находилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

12.9.7. Самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства;

12.9.8. Нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в місцях позбавлення волі;

12.9.9. Смерті Застрахованої особи прямо або побічно викликаній психічним захворюванням, якщо нещасний випадок, який привів до смерті, відбувся з Застрахованою особою, що була психічно хворою і находилася в несамовитому стані в момент нещасного випадку.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

13.1. Спори, що витікають з правовідносин із страхування, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) вирішуються шляхом переговорів та/або в порядку, встановленому чинним законодавством України.

13.2. Всі претензії Страхувальника, щодо виконання Договору страхування та цих ЗУСП, можуть бути пред'явлені Страховику в строки, визначені згідно чинного законодавства України.

13.3. Розгляд всіх можливих питань, які не було врегульовано цими ЗУСП або Договором страхування, регулюється чинним законодавством України.

13.4. В Договорі страхування Страховик може передбачити особливі умови та правила щодо порядку вирішення спорів за умови, що вони не суперечать чинному законодавству України.

14. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

14.1. При настанні страхового випадку звертайтеся до Асистансу та повідомте номер страхового полісу (страхового сертифікату, сервісної картки (Договору)) за контактами, вказаними в Договорі.

15. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

15.1. Страховий платіж, що повинен бути сплачений Страхувальником за Договором страхування, встановлюється Страховиком в залежності від умов конкретного Договору страхування на підставі базових страхових тарифів.

15.2. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором медичного страхування, має право застосовувати понижуючі та/або підвищуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів в залежності від обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

15.3. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором страхування на випадок хвороби, застосовує розраховані ним базові страхові тарифи з застосуванням понижуючих та/або підвищуючих коефіцієнти до них в залежності від обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

15.4. Базові страхові тарифи та/або базова вартість наведені в Додатку №1 та Додатку №2 до цих ЗУСП.

15.4.1. Конкретний розмір страхового тарифу/вартості може визначатися в Договорі страхування за згодою сторін або відповідно до законодавства, але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.

15.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником на умовах, вказаних в Договорі страхування.

15.6. Страховий платіж встановлюється, виходячи з розміру страхової суми, строку страхування і страхового тарифу.

15.7. Загальний розмір страхового платежу визначається як сума страхових платежів по кожному виду страхових випадків.

15.7.1. Страховик може при визначенні розміру страхового платежу використовувати коефіцієнти до базових страхових тарифів, в залежності від умов конкретного Договору страхування та факторів, що впливають на ступінь страхового ризику, мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

15.8. Конкретний порядок і строки сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії Договору страхування.

15.9. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником:

15.9.1. в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика;

15.9.2. готівкою – до каси Страховика.

15.10. Страховий платіж сплачується одноразово або в декілька термінів в порядку, встановленому Договором страхування.

15.11. Конкретна форма сплати страхового платежу та валюта сплати страхового платежу (національна валюта України, іноземна валюта) визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та може бути змінена за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

16.1. Страхова сума та конкретні умови страхування узгоджуються Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору страхування на підставі чинного законодавства та ЗУСП.

16.2. Розмір страхової суми з медичного страхування залежить від видів, обсягу та вартості медичної допомоги, яка може бути надана Застрахованій особі при настанні страхового випадку за конкретним Договором страхування.

16.3. Зі страхування на випадок хвороби:

16.3.1. страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому.

16.3.2. Розмір страхової суми може бути різним для кожного виду страхових випадків або однаковим для обраних видів страхових випадків.

16.3.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування у відношенні декількох осіб, у Договорі страхування вказується загальна страхова сума по всім застрахованим по кожному виду страхових випадків, передбачених Договором страхування.

16.3.4. Загальна страхова сума по всім застрахованим по кожному виду страхових випадків визначається шляхом добутку страхової суми, встановленої для однієї Застрахованої особи на кількість осіб, вказаних у Договорі страхування, якщо страхові суми однакові, або додаванням страхових сум по кожній Застрахованій особі, якщо страхові суми різні.

16.3.5. Страхові суми по кожній Застрахованій особі наводяться по кожному виду страхових випадків окремо в списку Застрахованих осіб, що додається до Договору страхування.

16.3.6. Конкретний розмір страхової суми та валюта страхової суми (національна валюта України, іноземна валюта) визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та може бути змінена за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

17. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування укладається терміном на 1 (Один) рік, якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору.

17.2. Договором страхування можуть бути передбачені періоди страхування. Період страхування - часове обмеження щодо дії страхового захисту за договором страхування в межах загального строку дії договору.

17.3. Договором страхування може бути передбачено ретроактивну дату. У разі визначення у договорі страхування ретроактивної дати у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату, якщо події, що призвели до настання страхового випадку, виникли після ретроактивної дати або протягом строку дії договору страхування.

17.4. Договір страхування, після підписання його обома сторонами набуває чинність на наступний день після сплати страхового платежу (першої частини страхового платежу, якщо інше не передбачене Договором страхування).

17.5. Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинність при безготівковій сплаті страхового платежу - в 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачене Договором страхування.

17.6. Чинність договору страхування (страховий захист/покриття) припиняється з дня наступного за останнім днем періоду страхування за який сплачено страховий платіж (його частину).

17.7. Моментом внесення страхового платежу(його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його першої частини) в касу Страховика.

17.8. Дія Договору страхування припиняється о 24 годині дня, що зазначений у Договорі страхування як дата закінчення його дії, а також у випадках, передбачених пп. 6.3, 6.4 даних ЗУСП.

17.9. Страховий захист (покриття) за договором страхування надається Страховиком в період чинності договору страхування, який обмежений строком дії договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування

17.10. Територія дії договору страхування - Україна (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, і де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та територій на яких ведуться (велись) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією, визначених у відповідності до нормативно-правових актів державних уповноважених органів, якщо інше не передбачено умовами конкретного договору страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат або будь-які інші умови страхування, зазначені у цих ЗУСП, але які не

передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування на умовах узгоджених Сторонами договору страхування.

18.2. Страхувальник - фізична особа та Застрахована особа під час укладання Договору страхування надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у Договорі страхування (полісі), так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання Договору, в тому числі на передачу ПД третім особам, в т. ч. іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних з ПД, з метою: виконання вимог законодавства, Договору та інших договорів, в тому числі перестраховування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин і відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник-фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД;

18.3. Страхувальник-фізична особа підписанням Договору страхування підтверджує, що надав Страховику право отримувати його ПД за допомогою сервісу «ДІЯ», BankID, використовуючи інструменти покладення та/або доручення, шляхом обміну документами з використанням кваліфікованого електронного підпису.

18.4. Підписанням Договору страхування Страхувальник-фізична особа підтверджує, що ані він, ані члени його сім'ї, ані його інші близькі родичі не є публічними діячами згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (зокрема особами, які обіймають або обіймали керівні посади в законодавчому, виконавчому, адміністративному, військовому або судовому органі іноземної держави). Страхувальник також підтверджує, що до публічних осіб не належать застраховані особи та/або Вигодонабувач(і) за цим Договором (у разі їх наявності).

18.5. Крім того, під час підписання Договору страхування Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, тощо.

18.6. Інакше Страхувальник повідомляє Страховика про такий факт шляхом надання відповідної інформації в анкеті та/або в письмовому/усному вигляді до моменту підписання Договору. Страхувальник зобов'язується інформувати Страховика про настання суттєвих змін щодо наданої інформації та письмово проінформувати Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати їх настання.

18.7. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує надання своєї згоди Страховику, отримання згоди Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню. При цьому, надання Страховику Страхувальником, Застрахованою особою, а також особами яких вони представляють будь-якого документу, інформації, в тому числі таких, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я, є згодою таких осіб Страховику на використання та передачу третім особам таких документів, інформації, якщо з будь-яких причин така згода не була надана Страховику раніше. В той же час, підписанням Акцепту Страхувальник надає дозвіл Страховику на право отримання, використання, та передачу третім особам на свій розсуд, в тому числі поза межами території України, зазначеної вище інформації та/або документів.

18.8. Шляхом укладення Договору страхування відповідно до цих ЗУСП, Страхувальник та/або Застраховані особи та/або законні представники застрахованої дитини погоджуються

з умовами викладеними в Договорі та надають безвідмовну згоду Страховику на отримання, використання та передачу третім особам, в тому числі поза межами території України, будь-якої інформації та документів, в тому числі записів телефонних розмов, отриманих при врегулюванні заявленого випадку, в тому числі від Страхувальника та/або Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини у взаємовідносинах з будь-якими фізичними та юридичними особами, державними органами, закладами охорони здоров'я, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів та ін.), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором.

18.9. Погодження Страхувальником з умовами Договору страхування, укладених відповідно до цих ЗУСП, призведе до:

18.9.1. підтвердження отримання від Застрахованих осіб та/або законних представників застрахованої дитини чіткої згоди на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформленої по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню, та гарантування надання такої згоди Страховику, в разі отримання усного та/або письмового запиту Страховика у спосіб та в терміни визначені в Договорі;

18.9.2. надання безвідмовної згоди на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан здоров'я Застрахованої особи та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання.

18.9.3. підтвердження погодження Страхувальником із Застрахованою особою та/або законним представником застрахованої дитини запропонованих Страховиком умов страхування, змісту, значень, термінів, понять і обов'язків викладених в Договорі страхування та ЗУСП, та засвідчення Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини їх повного розуміння і згоду на застосування.

18.9.4. Для укладення Договору Страховиком можуть залучатися Страхові посередники до та/або під час його укладення та/або його обслуговування, а також для його виконання Страховик, відповідно до законодавства, також може залучати нових та/або інших страхових посередників, котрі діють від імені Страховика і виконують частину його функцій, разом чи кожен окремо. Перелік таких страхових посередників доступний за посиланням <https://arx.com.ua/publicna-ta-finansova-informatsiya?tab=rozkrittia-informacii-arx> Реєстр посередників». Цей перелік страхових посередників є частиною Договору страхування. Вебсайт для перевірки інформації, внесеної в Реєстр посередників НБУ за посиланням <https://kis.bank.gov.ua/search-fu>.

Страховик на власний розсуд в будь-який час протягом строку дії договору страхування може замінити залученого (их) до укладення та/або обслуговування Договору страхового/их посередника/ів та/або додати нового/их страхового/их посередника/ів. У випадку зміни інформації про страхового/их посередника/ів або заміни безпосередньо страхового/их посередника/ів, Страховик протягом 30 календарних днів з моменту настання таких змін (або з моменту отримання повідомлення від страхового посередника про такі зміни) повідомляє про зміни, що відбулися, Страхувальника (інші Сторони Договору) шляхом надсилання йому (їм) за контактними даними, зазначеними у договорі страхування або наданими ними, повідомлення про заміну/актуалізацію інформації про страхового/их посередника/ів будь-якими доступними засобами зв'язку (в мобільному застосунку MyARX, SMS повідомленням,

електронною поштою, месенджерами тощо) з логуванням надісланої інформації в інформаційних системах Страховика. Сторони погоджуються, що відправлення такого повідомлення та логування надісланої інформації в інформаційних системах є належним способом заміни/актуалізації інформації про страхового/их посередника/ів у Договорі.

Додаток №1
до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» №025/1 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

Базові страхові тарифи по медичному страхуванню

1. Базові страхові тарифи по медичному страхуванню, % страхової суми (строк страхування – 1 рік)

Таблиця 1

Перелік опцій, які можуть бути включені до програми страхування:	Базовий тариф, % від страхової суми
Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:	
1.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги	0,05%
1.2. невідкладна стаціонарна допомога	2%
1.3. планова стаціонарна допомога	2%
1.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	2,5%
1.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	1%
1.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати)	0,1%
1.7. денний стаціонар та маніпуляції	0,05%
1.8. фізіопроцедури	0,8%
1.9. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	0,8%
1.10. оформлення медичної документації	1,5%
1.11. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах	2%
Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:	
1.12. стоматологічні послуги	30%
1.13. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	0,8%
1.14. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань	0,06%
1.15. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань	0,06%
1.16. діагностика та лікування ускладнень вагітності	0,06%
1.17. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору	0,005%
1.18. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,01%

1.19. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору	0,01%
1.20. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,07%
1.21. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору	0,01%
1.22. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору	0,05%
1.23. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору	0,01%
1.24. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору	0,05%
1.25. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору	0,5%
1.26. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору	0,6%
1.27. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в додатку №2	0,85%
Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги	
1.28. профілактика грипу	1%
1.29. вітамінізація	2%
1.30. профілактично-оздоровчі послуги	30%
1.31. профілактично-оздоровчий масаж	30%
1.32. плановий патронаж вагітної жінки	30%
1.33. медична допомога при пологах	30%
1.34. патронаж дитини до 1 року	30%
1.35. планова вакцинація дитини	30%
1.36. профілактичний огляд за наказом МОЗ	30%
1.37. профілактичний огляд	30%
1.38. офтальмологія профілактична	30%
1.39. офісна аптечка	30%
1.40. офісний лікар	30%
1.41. корпоративний ліміт на виключення	30%

2. Річний страховий тариф визначається множенням базового тарифу на коригуючі коефіцієнти K2-K8 відповідно до впливу нижчезазначених факторів на ступінь ризику.

2.1. Коригуючі коефіцієнти:

2.1.1. В залежності від переліку опцій, які можуть бути включені до програми страхування, застосовується коефіцієнт акумуляції (K2) від 0,1 до 1,0.

2.1.2. В залежності від рівня умов страхування, розміру страхових сум, франшизи застосовуються коефіцієнт (K3) від 0,15 до 2,0.

2.1.3. В залежності від умов Договору страхування, обмежень, виключень з Договору страхування, застосовуються коефіцієнт договірних умов (K4) від 0,1 до 2,5.

2.1.4. В залежності від розміру встановлених лімітів відповідальності за Договором страхування та страхових сум за страховими випадками застосовуються коефіцієнт договірних умов (K5) від 0,1 до 1,0.

2.1.5. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи, з урахуванням попереднього медичного огляду, виду і тяжкості захворювання, віку, статі, професійної діяльності Застрахованої особи, застосовуються коефіцієнт стану здоров'я Застрахованої особи (K6) від 0,2 до 2,5.

2.1.6. В залежності від цінової політики медичних установ, на базі яких будується обслуговування за Програмою, регіону укладання Договору страхування застосовуються коефіцієнт рівня медичних установ (K7) від 0,5 до 3,0.

2.1.7. В залежності від кількості Застрахованих осіб, що підлягають страхування за одним Договором страхування застосовуються коефіцієнт групової знижки (K8) від 0,6 до 1,0.

3. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим. Максимальний розмір страхових тарифів не може перевищувати 60% від загальної страхової суми за Договором страхування.

4. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за медичним страхуванням що використовувався для розрахунку страхових тарифів (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається), складає до 60% включно, може бути зменшена та зазначається в Договорі страхування.

Додаток №2

до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» №025/1 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

1. Базові страхові тарифи по страхуванню на випадок хвороби, % від страхової суми (Строк страхування – 1 рік)

Таблиця 1.1

Класи та нозологічні форми хвороб	Базовий річний страховий тариф
Хвороби системи кровообігу	2,10
Ревматизм та колагенози	0,90
Хвороби органів дихання	1,40
Хвороби органів травлення	1,20
Хвороби крові та органів кровотворення	0,75
Хвороби ендокринної системи	1,54
Алергологічні захворювання	0,85
Хвороби сечостатевої системи	1,29
Хвороби нервової системи	1,33
Хвороби ЛОР-органів	1,27
Хвороби ока	1,35
Новоутворення	1,43
Інфекційні та паразитарні хвороби	0,66
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,70
Стоматологія	0,67
Інші хвороби (захворювання)	0,7

2. При страхуванні на випадок хвороби колективу Застрахованих осіб в залежності від їх кількості можуть застосовуватись знижувальні коефіцієнти до обраного базового річного страхового тарифу, розміри яких наведені у Таблиці 1.2. цього Додатку.

Таблиця 1.2

Кількість Застрахованих осіб	Знижувальний коефіцієнт до базового річного страхового тарифу
10 – 20	0,9
21 – 50	0,85
Більше 50	0,8

Таблиця 1.3

Строк страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,09	0,2	0,28	0,35	0,45	0,55	0,6	0,7	0,85	0,9	0,95	1,00

3. Корируючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують обставини, що впливають на ступінь ризику, наведені в Таблиці 1.4 цього Додатку.

Таблиця 1.4

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Корируючий коефіцієнт (діапазон)
Розмір страхових сум, лімітів відповідальності	0,2 – 7,0
Час надання страхових послуг в межах добового періоду	0,1 – 1,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Місце дії Договору страхування	0,3 – 5,0
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,4 – 3,0
Розмір виплати за добу тимчасової непрацездатності	0,2 – 4,0
Історія збитків клієнта у Страховика	0,3 – 7,0
Розстрочення страхового платежу	1,0 – 4,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0

4. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування, або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.

5. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за страхуванням на випадок хвороби становить до 75 відсотків величини страхового тарифу (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається).

Додаток №3

до Загальних умов страхового продукту «Медичне страхування» №025/1 клас 2
«Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК КРИТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1. Перелік критичних захворювань:

1.1. Гострий інфаркт міокарда - відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений оригіналами медичної документації:

1.1.1. Новими нетиповими ішемічними змінами в електрокардіограмі а саме зміною сегментів ST-T (депресія сегмента ST - створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q.

1.1.2. Характерним підвищенням серцевого біомаркери «Тропонін», а саме Тропонін Т > 1,0 нг / мл, АссуТпІ > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропонина I.

1.1.3. Інші типові ознаки інфаркту міокарда, виявлені за допомогою інструментальних та лабораторних методів обстеження, а також анамнез захворювання, характерний для інфаркту міокарда, та клінічна картина, характерна для інфаркту міокарда;

1.1.4. Випадок визнається страховим, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії Договору та з дати інфаркту міокарду минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.1.5. Інші гострі коронарні синдроми, включаючи стенокардією, не є страховим випадком.

1.1.6. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання:

ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат ЕКГ - дослідження, результати тропонінового тесту у динаміці; діагноз; рекомендації / результат лікування.

1.1.7. Оригінал медичної документації повинен бути завірений візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

1.1.8. Давність медичного документа, який надається в Страхову компанію, не повинна перевищувати 10 днів від дати його видачі.

1.1.9. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа.

1.1.10. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється

1.2. Інсульт або інфаркт головного мозку, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу, внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами, які діагностовано невропатологом та підтверджені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими надійними методами візуалізації.

1.2.1. Страховими випадками не визнаються:

1.2.1.1. Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 днів (Транзиторні ішемічні атаки, малий інсульт);

1.2.1.2. Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань;

1.2.1.3. Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений лише за допомогою променевих методів діагностики.

1.2.2. Випадок визнається страховим, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії Договору та з дати діагностування минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.2.3. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.

1.2.4. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину.

1.2.5. Діагноз повинен ґрунтуватися на анамнезі захворювання, характерному для даного захворювання; клінічній картині (стійка неврологічна симптоматика); зміні тканин головного мозку, виявлених за допомогою променевиx методів діагностики (комп'ютерна томографія - КТГ та / або магнітно - резонансна томографія - МРТ), змінах, виявлених в лікворі (спинномозкової рідини); інших типових ознака, виявлених лабораторними та інструментальними методами діагностики.

1.2.6. Наведені ознаки захворювання п. 1.2.5. повинні бути підтверджені документально (виписки з медичної документації хворого, з відповідними підписами лікуючого та головного лікаря і печаткою медичного закладу).

1.2.7. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа.

1.2.8. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.

1.3. Злоякісні новоутворення - це новоутворення, які характеризуються безконтрольним зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним дослідженням.

1.3.1. Страховим випадком є злоякісне новоутворення, яке вперше діагностовано під час дії Договору та від початку страхування застрахованої особи минуло більше 180 діб. Дане обмеження не розповсюджується на застрахованих осіб, за якими Договір страхування переукладений на новий термін без перерви дії страхового покриття.

1.3.2. Страховими випадками не визнаються:

1.3.2.1. злоякісні пухлини, класифіковані за класифікацією TNM Clinical Classification як T1NoMo, T1aNoMo, T1b NoMo, T1c NoMo або злоякісні новоутворення, класифіковані за іншою класифікацією і відповідають вищезазначеним класам за класифікацією TNM.

1.3.2.2. Хронічні лейкози.

1.3.2.3. Неінвазивний рак (in situ)

1.3.2.4. Будь-яке онкологічне захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЛ – інфікування.

1.3.3. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.

1.3.3.1. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (онкологічний інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат, номер і дату цитологічного і / або гістологічного обстеження; променеві методи діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія - КТГ та / або магнітно - резонансна томографія - МРТ) або інші обстеження, які характерні і підтверджують дане захворювання; діагноз, з обов'язковим зазначенням ураженого органу, клінічної стадії за класифікацією TNM (P, G); рекомендації / результат лікування.

1.3.3.2. Оригінал медичної документації повинен бути завірений візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

1.3.3.3. Давність медичного документа, який надається в Страхову компанію, не повинна перевищувати 15 днів від дати його видачі.

1.3.4. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки (опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.

1.3.5. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.

1.4. Аорто-коронарне шунтування.

1.4.1. Страховим випадком є аорто-коронарне шунтування - операція, проведена на відкритому серці з використанням стернотомії незалежно від захворювання, яке призвело до операції, для радикального лікування стенозу або закупорки однієї або більше коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.

1.4.2. Страховими подіями не визнаються балонна ангіопластика (Balloon Angioplasty), стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty), лазерна ангіопластика (Photoplastation), ротопляція (Rotaplation), всі внутрішньоартеріальні процедури.

1.4.3. Випадок визнається страховим, якщо з дня проведення операції минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.4.4. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписаний епікриз (оригінал) з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних (коронарна ангіографія, електрокардіографія - ЕКГ, електроенцефалографія - ЕЕГ, ультразвукова діагностика, доплерографія, інші); висновок лікаря з рекомендацією аортокоронарного шунтування; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.4.5. Документи з медичних закладів повинні бути підтверджені підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та головного лікаря) і печаткою медичного закладу.

1.4.6. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки(опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.

1.4.7. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.

1.5. Трансплантація кісткового мозку.

1.5.1. Страховим випадком є проведена трансплантація кісткового мозку, яка здійснилась у зв'язку із захворюванням, яке виникло вперше у житті й діагностовано під час дії Договору. До таких захворювань належить злоякісні пухлини крові або пухлини інших органів, в результаті лікування яких виникла абсолютна недостатність кісткового мозку, інші стани пригнічення кровотворної функції кісткового мозку, що призвели до показань для трансплантації кісткового мозку.

1.5.2. Випадок визнається страховим, якщо:

1.5.2.1. Для трансплантації знадобилось видалення власного кісткового мозку Застрахованої особи.

1.5.2.2. З дати проведення трансплантації минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.5.2.3. Недостатність функції кісткового мозку Застрахованої повинна бути однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями.

1.5.2.4. Пересадка обґрунтована медичною необхідністю.

1.5.2.5. Інші трансплантації стовбурових клітин виключаються.

1.5.2.6. Випадок визнається страховим, якщо з дня проведення операції минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.5.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних дослідження; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.5.4. Документи з медичних закладів повинні бути підтверджені підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та головного лікаря) і печаткою медичного закладу.

1.5.5. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки(опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.

1.5.6. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.

1.6. Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози.

1.6.1. Страховим випадком є трансплантація органу, яка проведена у зв'язку із захворюванням, що виникло вперше у житті і діагностовано під час дії Договору, та яке призвело до недостатності функції органу.

1.6.2. Випадок визнається страховим, якщо:

1.6.2.1. Органна недостатність однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями та лікарем-спеціалістом.

1.6.2.2. Пересадка обґрунтована медичною необхідністю.

1.6.2.3. Інші трансплантації органів та тканин виключаються.

1.6.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.7. Параліч - стійка (протягом більше ніж три місяці) втрата рухливої функції групи верхніх та нижніх кінцівок внаслідок ураження нервової системи (головного та/або спинного мозку).

1.7.1. Випадок визнається страховим, якщо:

1.7.1.1. Неврологічна недостатність однозначно підтверджена неврологом.

1.7.1.2. Паралізовано більше ніж одну кінцівку, при цьому параліч розповсюджується на всі сегменти паралізованих кінцівок.

1.7.1.3. Парези, паралічі однієї кінцівки, або паралічі в межах менше ніж всі сегменти кінцівок виключаються.

1.7.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого неврологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; протокол операцій (якщо такі проводились в зв'язку з паралічем); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.8. Сліпота - стійка (протягом більше ніж три місяці) повна відсутність сприйняття світла, в т.ч. викликана значним звуженням полів зору.

1.8.1. Випадок визнається страховим, якщо:

1.8.1.1. Відсутність зорового сприйняття однозначно підтверджена офтальмологом.

1.8.1.2. Зір відсутній на обидва ока.

1.8.1.3. Втрата зору є невідновною та такою, що не піддається корекції хірургічними або іншими методами.

1.8.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого офтальмологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом та вказаною залишковою гостротою зору, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень та опис картини очного дна; протокол операцій (якщо проводились в зв'язку з ураженням зорового апарату); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.9. Операції на клапанах серця, аорти (по невідкладним показанням): протезування клапанів (аортального, мітрального); транслюмінальна ангіопластика із стентуванням; вальвулопластика – усунення звужень отворів, які виникають внаслідок стенозу клапанів серця.

1.9.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень (електрокардіографія - ЕКГ, ультразвукова діагностика, доплерографія); показання та

протокол операцій (обов'язково); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.10. Хронічна ниркова недостатність – термінальна стадія захворювання нирок, що характеризується хронічним незворотнім порушенням функції обох нирок, в результаті якого проводиться регулярний діаліз (гемодіаліз або перитонеальний діаліз) або існує необхідність проведення трансплантація донорської нирки.

1.10.1. Випадок визнається страховим, якщо:

1.10.1.1. Факт наявності хронічної ниркової недостатності підтверджений результатами медичних обстежень та висновком фахівця-нефролога.

1.10.1.2. Втрата функції нирок є невідомою.

1.10.1.3. Всі випадки гострої ниркової недостатності є виключенням та не підпадають під страхове покриття.

1.10.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого нефрологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням та частотою проведення сеансів діалізу; результати інструментальних досліджень та досліджень біохімічних показників функції нирок; протокол операцій (якщо проводились в зв'язку з ураженням нирок); інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.11. Розсіяний склероз - хронічне захворювання нервової системи із прогресуючим перебігом хвороби, вираженою атаксією, ністагмом, дизартрією, спастичною слабкістю та ретробульбарним невритом.

1.11.1. Випадок визнається страховим, якщо:

1.11.1.1. Діагноз розсіяного склерозу однозначно підтверджений неврологом.

1.11.1.2. Виключено інші демієлінізуючі ураження нервової системи.

1.11.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого неврологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати досліджень викликаних потенціалів, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.12. Боковий аміотрофічний склероз – неврологічний розлад, що супроводжується стійкими ознаками розвитку ураження спинномозкових нервів і рухових ядер продовгуватого мозку, що призводять до генералізованої спастичної слабкості та атрофії м'язів кінцівок, тулуба, голови, гортані, дихальних шляхів. Захворювання має бути підтверджено фахівцем-неврологом, а також типовими результатами електроміографії і електронейрографії.

1.12.1. Страховий випадок визнається за умови, при якій захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій: митися (здатність митися в душі або у ванні), одягатися (знімати або надягати на себе та або застібнути чи розстібнути одяг), дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни), рухатись (здатність пересуватися вдома або в межах поверху), самостійно регулювати екскреторні функції, їсти та/або пити (але не готувати їжу). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка самостійно без сторонньої допомоги.

1.12.2. Описані вище умови повинні зберігатися, щонайменше, протягом 3 місяців, та мають бути підтверджені медичними документами та повторними неврологічними обстеженнями.

1.13. Бактеріальний менінгіт – запалення оболонок головного та спинного мозку бактеріальної етіології. Страховим випадком визнається подія, що підтверджена результатами неврологічного обстеження, дослідження крові та спинномозкової рідини, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, а також за умови стійких залишкових неврологічних порушень, що зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджуються повторним неврологічним обстеженням.

1.13.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати дослідження спинно-мозкової рідини, виміру тиску спинномозкової рідини, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.13.2. З покриття виключаються всі випадки запалення мозкових оболонок небактеріальної природи.

1.14. Енцефаліт – захворювання бактеріальної, вірусної або аутоімунної етіології з запаленням речовини **головного** мозку (півкуль, мозочок, стовбур головного мозку). Страховим випадком визнається подія, що підтверджена результатами неврологічного обстеження, дослідження крові та спинномозкової рідини, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, а також за умови стійких залишкових неврологічних порушень, що зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджуються повторним неврологічним обстеженням.

1.14.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати дослідження спинно-мозкової рідини, виміру тиску спинномозкової рідини, інших інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.14.2. З покриття виключаються запалення спинного мозку.

1.15. Важка черепно-мозкова травма – відкрита черепно-мозкова травма, що спричинена нещасним випадком. Страховим випадком визнається подія, що супроводжується ліквореєю, пошкодженням речовини головного мозку, втратою свідомості, ретроградною амнезією та за умови стійких неврологічних порушень, що зберігаються протягом більше ніж три місяці та підтверджується повторним неврологічним обстеженням. Факт пошкодження має бути підтверджений лікарем-нейрохірургом, результатами комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.

1.15.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.15.2. З покриття виключаються травми та пошкодження спинного мозку.

1.16. Люпус нефрит при системному червоному вовчаку – ураження клубочкового апарату нирок аутоімунної етіології при захворюванні на системний червоний вовчак. Страховим випадком визнається захворювання, що підтверджено результатами дослідження біоптату нирки та виявлення порушення ниркових структур відповідно класифікації ВООЗ з III до VI класу.

1.16.1. ВООЗ класифікація люпус нефриту:

1.16.1.1. ВООЗ I - нормальні клубочки;

1.16.1.2. ВООЗ II - Виключно мезангіальної зміни;

1.16.1.3. ВООЗ III - Вогнищевий сегментарний або вогнищевий проліферативний гломерулонефрит;

1.16.1.4. ВООЗ IV - Дифузний проліферативний гломерулонефрит;

1.16.1.5. ВООЗ V - Дифузний мембранозний гломерулонефрит;

1.16.1.6. ВООЗ VI - Прогресуючий склерозуючий гломерулонефрит.

1.16.2. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого ревматологічного та нефрологічного медичного закладу з обов'язковим

зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати обстеження біоптатів нирки та інших інструментальних досліджень; результати досліджень біохімічних показників функції нирок; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.16.3. З покриття виключаються всі випадки нефритів іншої етіології, ніж системний червоний вовчак.

1.17. Системна склеродермія – прогресуюче хронічне системне сполучнотканинно-судинне полісиндромне захворювання, яке характеризується поширеними фіброзно-склеротичними змінами з ураженням судин за типом облітеруючого ендатеріита та ряду внутрішніх органів (легені, шлунково-кишковий тракт, стравохід, серце). Страховим випадком визнається захворювання, що підтверджено висновком ревматолога та наявністю характерних симптомів: Синдрому Рейно в сполученні з проксимальною склеродермією та/або Синдрому Рейно в сполученні з склеродактилією або дигітальними рубцями або двобічним базальним пневмофіброзом.

1.17.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого ревматологічного медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою початку захворювання, звернення за спеціалізованою медичною допомогою, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень та холодкових проб; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.18. Коматозний стан – стан, що супроводжується втратою свідомості, відсутністю відповідної реакції на навколишні зовнішні подразники або внутрішні потреби організму, та який зберігається на протяг тривалого проміжку часу, вимагає використання систем штучного життєзабезпечення щонайменше протягом 96 годин, і має наслідком постійну неврологічну симптоматику.

1.18.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за спеціалізованою медичною допомогою та точною датою розвитку та тривалості коматозного стану, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.18.2. З покриття виключається кома внаслідок зловживання наркотичними засобами або алкоголем.

1.19. Важкі опіки – ураження шкіри та тканин тіла, що викликані дією високих температур або агресивних хімічних речовин (їдких лугів або кислот, солей важких металів). Страховими визнаються випадки, при яких мають місце опіки 3Б – 4 ступеню з поширенням більше ніж 20 % поверхні тіла.

1.19.1. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) зі спеціалізованого опікового медичного закладу з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою отримання опіку та звернення за спеціалізованою медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних досліджень, протоколи проведених операцій; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).

1.19.2. З покриття виключаються опіки, спричинені іонізуючим випромінюванням.

1.20. Хвороба Паркінсона – встановлений остаточний діагноз ідіопатичної або первинної хвороби Паркінсона у віці до 65 років. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем-неврологом.

1.20.1. Страховий випадок визнається за умови, при якій захворювання повинно мати наслідком постійну нездатність самостійно виконувати три і більше елементарних побутових дій: митися (здатність митися в душі або у ванні), одягатися (знімати або надягати на себе та або застібнути чи розстібнути одяг), дотримуватися особистої гігієни (користуватися туалетом, підтримувати прийнятний рівень гігієни), рухатись (здатність пересуватися вдома

або в межах поперу), самостійно регулювати екскреторні функції, їсти та/або пити (але не готувати їжу). Результатом даного захворювання може також бути стан повної прикутості до ліжка і нездатність піднятися з ліжка та/або пересуватись самостійно без сторонньої допомоги. Описані вище умови повинні зберігатися, щонайменше, протягом 3 місяців, що має бути підтверджено медичними документами та повторними неврологічними обстеженнями.

1.20.2. З покриття виключаються всі випадки вторинного паркінсонізму, синдрому Паркінсона та інших подібних до хвороби Паркінсона рухових розладів.

1.21. Доброякісна пухлина головного мозку – постійний неврологічний розлад, що розвивається внаслідок видалення доброякісної пухлини головного мозку, або при неоперабельній пухлині головного мозку. Діагноз має бути підтверджений фахівцем, а також результатами комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії з характерними для даного стану ознаками. Страховим визнається випадок, при якому неврологічний розлад зберігається щонайменше протягом 3 місяців з дати встановлення діагнозу (для неоперабельних пухлин) або перенесеної операції видалення пухлини, що має бути підтверджено медичними документами.

1.21.1. З покриття виключаються всі випадки внутрішньочерепних кіст, паразитарних інвазій, пухлин гіпофіза, судинних мальформацій, гранулем, внутрішньочерепних гематом та всіх типів уражень спинного мозку.

1.22. Термінальні захворювання печінки – ураження печінки важкого ступеня, що призводить до цирозу. Діагноз повинен бути підтверджений фахівцем, ураження печінки повинно відповідати ступеню В або С за класифікацією Чайлда у відповідності з наступними критеріями:

1.22.1. постійна жовтяниця (показник білірубину більший за 2 мг/дл або більший за 35 мкмоль / л)

1.22.2. наявність асцити,

1.22.3. значення рівня альбуміну крові менше 3,5 г/дл,

1.22.4. наявність ознак печінкової енцефалопатії.

1.22.5. З покриття виключаються:

1.22.5.1. стадія А за класифікацією Чайлд-Пью,

1.22.5.2. захворювання печінки, внаслідок зловживання алкоголем, наркотичними або лікарськими препаратами без призначення лікаря.

1.23. Фульмінантний вірусний гепатит з гострою печінковою недостатністю – гострий вірусний гепатит, що супроводжується значними некротичними змінами печінки та швидко наростаючою гострою печінковою недостатністю. Страховим випадок визнається за умови підтвердження захворювання лікарем-інфекціоністом та при наявності трьох з наведених критеріїв:

1.23.1. стрімке зменшення розмірів печінки,

1.23.2. стрімко падаючі показники функції печінки,

1.23.3. наростаюча жовтяниця,

1.23.4. печінкова енцефалопатія.

1.24. Втрата мови – повна і невідновна втрата здатності говорити внаслідок пошкодження та/або захворювання голосових зв'язок. Страховим випадок визнається за умови, при якій даний стан має зберігатись щонайменше протягом 6 (шести) місяців та є підтверджений лікарем-отоларингологом.

1.24.1. З покриття виключаються всі випадки психогенної та нейрогенної втрати мови.

2. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх страхових подій, передбачених п.1 цього Додатку, або на випадок настання однієї або декількох страхових ризиків, з переліку, наведеного у п.1 цього Додатку.

3. Випадки, зазначені у п.1 цього Додатку, визнаються страховими, якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії Договору страхування та підтверджений документами завіреними підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та головного лікаря) і печаткою медичних установ, за умови, що Застрахована особа прожила принаймні 30 днів після

діагностування одного із станів, визначених як критичне захворювання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4. Договором страхування може бути передбачено виплату в розмірі від 50 до 100% від страхової суми за страховими випадками передбаченими цим Додатком або відшкодування понесених витрат у межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (включаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості.

5. У всьому іншому, що не обумовлено в цьому Додатку, Сторони керуються відповідними положеннями ЗУСП та умовами Договору страхування.

6. Базові річні страхові тарифи, наведені у Таблиці 1.1

Таблиця 1.1

**Базові річні Страхові тарифи до ПРОГРАМИ
“страхування здоров’я на випадок критичних захворювань” –**

а) Вік на момент страхування, повних років	Річний страховий тариф, у % від страхової суми			
	ЧОЛОВІКИ		ЖІНКИ	
	некурець ь	курець	некурець ь	курець
18	0,300	0,360	0,255	0,306
19	0,318	0,382	0,270	0,324
20	0,337	0,404	0,287	0,344
21	0,357	0,429	0,304	0,364
22	0,379	0,454	0,322	0,386
23	0,401	0,482	0,341	0,409
24	0,426	0,511	0,362	0,434
25	0,451	0,541	0,383	0,460
26	0,478	0,574	0,406	0,488
27	0,507	0,608	0,431	0,517
28	0,537	0,645	0,457	0,548
29	0,569	0,683	0,484	0,581
30	0,604	0,724	0,513	0,616
31	0,640	0,768	0,544	0,653
32	0,678	0,814	0,577	0,692
33	0,719	0,863	0,611	0,733

34	0,762	0,915	0,648	0,777
35	0,808	0,969	0,687	0,824
36	0,856	1,028	0,728	0,873
37	0,908	1,089	0,772	0,926
38	0,962	1,155	0,818	0,981
39	1,020	1,224	0,867	1,040
40	1,081	1,297	0,919	1,103
41	1,146	1,375	0,974	1,169
42	1,215	1,458	1,032	1,239
43	1,288	1,545	1,094	1,313
44	1,365	1,638	1,160	1,392
45	1,447	1,736	1,230	1,476
46	1,534	1,840	1,303	1,564
47	1,626	1,951	1,382	1,658
48	1,723	2,068	1,465	1,758
49	1,826	2,192	1,552	1,863
50	1,936	2,323	1,646	1,975
51	2,052	2,463	1,744	2,093
52	2,175	2,610	1,849	2,219
53	2,306	2,767	1,960	2,352
54	2,444	2,933	2,078	2,493
55	2,591	3,109	2,202	2,643
56	2,746	3,296	2,334	2,801
57	2,911	3,493	2,474	2,969
58	3,086	3,703	2,623	3,147
59	3,271	3,925	2,780	3,336
60	3,467	4,161	2,947	3,536

7. При страхуванні здоров'я на випадок критичних захворювань колективу Застрахованих осіб в залежності від їх кількості можуть застосовуватись знижувальні коефіцієнти до обраного базового річного страхового тарифу, розміри яких наведені у Таблиці 1.2. цього Додатку.

Таблиця 1.2

Кількість Застрахованих осіб	Знижувальний коефіцієнт до базового річного страхового тарифу
10 – 20	0,9
21 – 50	0,85
Більше 50	0,8

8. При короткостроковому страхуванні до 1 (одного) року до базових річних страхових тарифів застосовуються коефіцієнти, наведені в Таблиці 1.3 цього Додатку.

Таблиця 1.3

Строк страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,09	0,2	0,28	0,35	0,45	0,55	0,6	0,7	0,85	0,9	0,95	1,00

9. Коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують обставини, що впливають на ступінь ризику, наведені в Таблиці 1.4 цього Додатку.

Таблиця 1.4

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Коригуючий коефіцієнт (діапазон)
Розмір страхових сум, лімітів відповідальності	0,2 – 7,0
Час надання страхових послуг в межах добового періоду	0,1 – 1,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 5,0
Місце дії Договору страхування	0,3 – 5,0
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,4 – 3,0
Розмір виплати за добу тимчасової непрацездатності	0,2 – 4,0
Історія збитків клієнта у Страховика	0,3 – 7,0
Розстрочення страхового платежу	1,0 – 4,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0

10. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за Договором страхування, має право застосовувати до базових страхових тарифів як підвищувальні так і понижуючі корегуючі коефіцієнти в діапазоні від 0,05 до 12,5 в залежності від обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків) за конкретним договором.

11. Конкретний розмір страхового тарифу може визначатися в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування, або відповідно до законодавства. Але визначення страхового тарифу в Договорі страхування не є обов'язковим.

12. Максимальна частка витрат страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування за програмою «Страхування здоров'я на випадок

критичних захворювань» становить до 75 відсотків величини страхового тарифу (страхової премії, якщо страховий тариф у договорі страхування не визначається).