

Програма «ARXiMED»

Частина А

Договір №

Дата укладання

____.____. 202_ року

1. Страховик	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС» Адреса: 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8. Тел.: 0(44) 499-2-499; факс: (044) 495-22-54 Код ЄДРПОУ 20474912 Свідоцтво про реєстрацію фінансової установи СТ №108 від 17.09.2009 року https://arx.com.ua/ Реквізити для сплати платежу: UA713510050000026503253730300 в АТ «УКРСИББАНК» МФО 351005.				
2. Страхувальник	П.І.Б.				
	Адреса реєстрації				
	ІПН		Дата народження	ДД.ММ.РРРР	
	Паспортні дані	Серія ХХ, номер 000000, виданий		Тел.	
3. Застрахована особа	П.І.Б.				
	ІПН		Дата народження	ДД.ММ.РРРР	Тел.
	Адреса реєстрації		№ сервісної картки	Відповідає номеру Договору	
4. Строк дії Договору	4.1. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу в повному обсязі або у його частині, але не раніше дати визначеної, як Початок дії Договору, та діє до 24-00 години дня визначеного, як Закінчення дії Договору.				
	4.2. Строк дії Договору (один рік):				
	Початок дії Договору	ДД.ММ.РРРР	Закінчення дії Договору	ДД.ММ.РРРР	
	4.3. Період очікування	14 (чотирнадцять) днів з дати набуття чинності Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів настання захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат, організації та сплати послуг по Договору протягом терміну його дії. При безперервній пролонгації Договору на другий і наступні страхові роки щодо Застрахованої особи та сплаті страхових платежів «Період очікування» не застосовується.			
5. Програма страхування	BRONZE				
6. Річна страхова сума, грн.	100 000,00				
7. Річний страховий тариф, %					
8. Страховий платіж	8.1. Річний страховий платіж, грн.	—			
	8.2. Розмір співоплати (сплачує Страховик), %	—			

	8.3. Періодичність сплати платежу	Одноразово ☒	Раз в півроку ☐	Щоквартально ☐	Щомісячно ☐
	8.4. Строк сплати страхового платежу. Графік сплати страхового платежу	№ платежу	Страховий платіж, грн		Строк сплати (включно)
		1-й платіж			
		2-й платіж			
		3-й платіж			
		4-й платіж			
		5-й платіж			
		6-й платіж			
		7-й платіж			
		8-й платіж			
		9-й платіж			
		10-й платіж			
		11-й платіж			
		12-й платіж			
	8.5. Порядок сплати страхового платежу	Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до обраної періодичності (п. 8.3 Частини А даного Договору) у грошовій одиниці України шляхом зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика у строк згідно з п. 8.4 Частини А даного Договору.			
9. Територія надання послуг	Згідно з п. 8 Частини В даного Договору страхування.				
10. Асистанс	При настанні страхового випадку звертайтеся до асистансу та повідомте № сервісної картки, вказаної в п. 3 Частини А даного Договору за наступними контактами:				
	Центр з медичного асистансу СК «ARX»				
	Телефон: 044 498 03 03, Загальна інфолінія СК: 0 800 30 272 3 (безкоштовно в межах України) Телефон з можливістю зворотнього дзвінка: 044 498 03 00 Електронна адреса: sma@arx.com.ua, Viber: viber.com/medicalsupport, Telegram: @MedicalSupportBot, Мобільний додаток: MyARX Дзвінки приймаються цілодобово і обслуговуються кваліфікованими лікарями – координаторами Асистуючої компанії.				

Частина В

1. Цей Договір медичного страхування (надалі - Договір) укладено згідно з Загальними умовами страхового продукту №025 «Медичне страхування» (надалі – Загальні умови) за класом 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» які затверджені наказом №37-О від 26.03.2024 р. та розміщені на сайті Страховика (<https://arx.com.ua/publicna-ta-finansova-informatsiya>).

2. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ, ПОНЯТЬ ТА ОСОБЛИВІ УМОВИ

2.1. Асистанс - підрозділ Страховика, який забезпечує організацію та фінансування медичних послуг, медикаментів та товарів медичного призначення в обсязі, передбаченому Програмою страхування.

2.2. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, Дорожня поліція тощо).

2.3. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснювати страхові виплати при настанні страхового випадку. Страхова сума за Договором зменшується на суму виплати по кожному страховому випадку. Програмою можуть бути передбачені Ліміти відповідальності за окремими опціями.

2.4. Ліміт відповідальності – це грошова сума або кількість послуг або випадків, які гарантується Страховиком в рамках Програми. Загальна сума виплат за однією Застрахованою особою не може перевищувати Страхової суми.

2.5. Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням причин відмови.

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

2.7. Страховий випадок – подія, передбачена Договором, яка відбулася після набуття чинності Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Вигодонабувачу).

2.8. Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов Договору.

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

2.10. Співоплата – співвідношення розміру, який сплачує Страховик та Застрахована особа/Опікун Застрахованої особи медичній установі за отримані медичні послуги та/або медикаменти та/або товари медичного призначення за страховим випадком, в об'ємі передбаченому Програмою страхування. Розмір такого співвідношення обирає Страхувальник перед укладанням Договору із запропонованих варіантів та вказаний в п. 8.2 Частини А Договору.

2.11. Період очікування - період часу в межах строку дії Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів настання захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат, організації та сплати послуг по Договору протягом терміну його дії. Страхове покриття починає діяти після закінчення Періоду очікування – 14 (чотирнадцяти) днів з дати набуття чинності Договору страхування при укладанні договору на перший рік страхування. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки щодо Застрахованої особи та сплати страхових платежів «Період очікування» не застосовується.

2.12. Програми страхування «Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus» - варіанти страхового покриття, опцій та лімітів. Програма обирається Страхувальником перед укладанням Договору.

2.13. Родичі першої лінії – чоловік/дружина, батьки чоловіка/дружини, діти (в т.ч. усиновлені) Страхувальника.

2.14. Заява про настання події, що має ознаки страхового випадку, та на виплату страхового відшкодування – інформація, що надається Страхувальником (його представником) у формі телефонного звернення до контакт-центру Страховика, заяви через офіційний сайт Страховика в мережі Internet та/або письмового документа встановленої Страховиком форми, що заповнюється Страхувальником (особою яка має на це право відповідно до умов договору страхування), яка містить основні відомості про подію, учасників події, характер пошкоджень, захворювання, медичної допомоги та дані, необхідні для вжиття Страховиком заходів щодо оформлення всіх необхідних документів.

2.15. Частка витрат страховика, пов'язана безпосередньо з укладанням та виконанням умов договорів страхування становить 40% від величини страхового тарифу.

2.16. Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням цього Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором.

3. СТРАХОВИК. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

3.1. Сторони Договору - Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується як Сторона, а разом – Сторони:

3.1.1. Страховик - ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»,
Адреса: Україна, 04070, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8; Тел.: 38 (044) 391 11 22
Код ЄДРПОУ 20474912, Свідоцтво про реєстрацію фінансової установи СТ №108 від 17.09.2009 року.

3.1.2. Страхувальник - дієздатна фізична особа-резидент віком від 18 (вісімнадцяти) повних років, яка уклала Договір медичного страхування на користь себе або іншої третьої особи, по відношенню до якої у Страхувальника є майнові зобов'язання та прийняла умови страхування за цим Договором, згідно положень Закону України «Про електронну комерцію», підписавши даний Договір в електронній формі з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором.

3.1.3. Застрахована особа – фізична особа-резидент у віці від 1 (одного) до 75 (сімдесяти п'яти) років включно на момент укладання Договору страхування, про страхування якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа-резидент уклав договір про страхування здоров'я та працездатності на свою користь, він одночасно є і Застрахованою особою.

3.1.4. Вигодонабувач – Застрахована особа. У разі, якщо Застрахована особа на момент подання документів або отримання виплати є недієздатною або померла – Вигодонабувач визначається згідно чинного законодавства.

4. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

4.1. Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України.

5. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ, СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС

5.1. Об'єктом страхування за цим Договором є здоров'я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у частині А та з яким пов'язані:

- страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача);
- страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором.

5.2. При укладенні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування.

5.3. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором.

6. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

6.1. Цей Договір укладено за класом 2 ("Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)" що визначений пунктом 18 частини першої статті 4 Закону, включає такий ризик в межах класу страхування:

6.1.1. медичне страхування.

6.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до асистуючої компанії з метою телефонного консультування та до медичного або фармацевтичного закладу за направленням Асистансу та/або Страховика з метою одержання медичних послуг внаслідок гострого стану що настав під час дії Договору у зв'язку із гострим або загостренням хронічного захворювання, травмою або отруєнням, які не є виключенням із Договору та з приводу якого є потреба в медичній допомозі.

6.2.1. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має хронічне (-ні) захворювання) з'являється різке погіршення життєвих показників, та часто, але не обов'язково, больовий синдром, про що дана особа виражає суб'єктивні скарги.

6.2.2. Під «погіршенням життєвих показників» розуміється:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми;
- порушення свідомості що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням;
- підвищення артеріальний тиск та ЧСС вище фізіологічної норми;
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча;
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі);
- різке порушення нормального для даної особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму).

6.2.3. Визначення гостроти, стадії патологічного процесу - здійснює лікар після первинної консультації та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового

6.2.4. Медична допомога надається за необмеженою кількістю страхових випадків, але не більше одного за кожним захворюванням в період дії Договору. Під "Захворюванням" тут розуміється - діагноз та етіологічно пов'язані із ним стани із одного "нозологічного блоку" (чотирьохзначна рубрика) згідно МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб).

6.2.5. Тривалість одного страхового випадку - 14 днів з первинної дати звернення.

6.2.6. За кожним страховим випадком Страховик надає та сплачує консультативні послуги Асистансу, а також організовує та сплачує повний перелік кваліфікованої медичної допомоги, необхідний Застрахованій особі в межах обраної Програми страхування, з врахуванням виключень та на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частини А даного Договору страхування.

6.3. Медичні заклади

Перелік договірних медичних установ наведений на сайті Страховика, на сторінці з інформацією про продукт «ARXiMED» за адресою: www.arx.com.ua. Кожна медична установа, в залежності від вартості лікування в цій установі, віднесена до певної групи. Медичні заклади з найвищою ціною вартості послуг відносяться до Групи А, з середньою ціною вартості – до Групи В, з найнижчою - до Групи С. Асистанс організовує медичну допомогу в договірних медичних закладах, керуючись специфікою необхідної допомоги, профілем медичного закладу та обраною Програмою страхування.

7. ОПЦІЇ ЗА ПРОГРАМАМИ СТРАХУВАННЯ

Опція - це набір медичних послуг, товарів медичного призначення, медикаментів, об'єднаних, як правило, за місцем їх надання. В залежності від обраної Страхувальником Програми, опції включені або не включені до Програми. Наповнення Програм опціями та їх характеристики наведені в цьому розділі та в Частині С даного Договору страхування.

7.1. Опція «Медичний Консьєрж»

Опція передбачена за всіма Програмами страхування («Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus»).

Співоплата не застосовується, тобто Страховик сплачує надані послуги в повному обсязі (100%). Передбачено надання допомоги з наступних медичних питань:

- цілодобовий колл-центр;
- підбір лікувально-профілактичного закладу, відповідно до Програми страхування, а саме: вибір профілю медичного закладу та лікаря-спеціаліста, інформування про графік роботи установи і часу прийому лікарів-спеціалістів, орієнтовна вартість послуг і консультацій;
- пошук медикаментів, а саме надання інформації про наявність медикаментів в аптеках міста та їх вартість, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- персональний лікар - координатор на телефоні в робочі години.

7.2. Опція «Дистанційні консультації лікаря»

Передбачає організацію та сплату консультації, яку надає лікар медичного закладу, обраного Асистансом та/або Страховиком, за допомогою телефонного зв'язку або за допомогою сторонніх додатків або месенджерів за направленням Асистанса. Організація послуги можлива згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

Дистанційна консультація – це процес обговорення конкретного клінічного випадку Застрахованою особою і лікарем з метою надання висококваліфікованої медичної допомоги, при чому Застрахована особа та лікар розділені географічною відстанню і для проведення консультації використовують спеціальні засоби телекомунікації.

Опція передбачена за всіма Програмами страхування («Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus»). Співоплата не застосовується, тобто Страховик сплачує надані послуги в повному обсязі (100%).

Кількість консультацій по вищезазначеним Програмам страхування необмежена протягом дії Договору.

Організація даної послуги здійснюється при виникненні проблем зі здоров'ям у Застрахованій особі та у випадках:

7.2.1. неможливості приїхати в клініку внаслідок територіальних перешкод (Застрахована особа у відпустці, на робочому місці, за кордоном, за містом, тощо), часових (немає часу приїхати в клініку) або у зв'язку з загальною епідеміологічною ситуацією в країні (карантин, тощо);

7.2.2. стан Застрахованої особи дозволяє консультувати її по телефону;

7.2.3. Застрахована особа вже була на первинній консультації у лікаря, пройшла додаткові обстеження і потребує консультації за результатами обстеження;

7.2.4. Застрахована особа проходить курс лікування і її теперішні симптоми вимагають консультації лікаря для корекції схеми лікування.

7.3. Опція «Консультація лікаря в поліклініці»

Передбачає організацію послуги згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Консультація лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці організовується при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання, для направлення

Застрахованій особі до лікаря-спеціаліста, в тому числі при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19.

Консультація лікаря-спеціаліста в поліклініці за направленням лікаря-терапевта або лікаря-координатора Асистанса організовується, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста (ЛОР, невропатолог, гінеколог і т.д.).

Опція передбачена за Програмами «Silver» та «Silver Plus» в медичних закладах Групи В, за класифікацією Страховика, а також Програмами «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В, за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика). Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

Кількість консультацій по вищезазначеним Програмам страхування необмежена протягом дії Договору.

7.4. Опція «Консультації лікаря вдома»

Передбачає організацію та оплату консультації сімейного лікаря/лікаря загального профілю/терапевта/педіатра Застрахованій особі вдома у випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не має можливості звернутись за допомогою в поліклініку та згідно нижче зазначених показань.

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

Транспортні витрати на транспортування лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря до дому або офісу Застрахованої особи Страховик сплачує виключно в межах населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу. Транспортні витрати на транспортування лікаря не сплачуються, у випадку знаходження Застрахованої особи поза межами населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу. Консультації вузьких спеціалістів вдома не здійснюються у зв'язку з необхідністю додаткових пристроїв або маніпуляційної техніки.

7.4.1. Показання для виклику лікаря – терапевта / педіатра / сімейного лікаря / лікаря загального профілю:

- **для дорослих** (температура більше 37,5°C; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; підвищення артеріального тиску більше 30 мм рт.ст. від норми (120/80) або зниження артеріального тиску від звичайних показників для конкретної Застрахованої особи);

- **для дітей** (температура більше 37,5°C; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; утруднене дихання, гавкаючий кашель; симптоми дитячих інфекційних захворювань).

Опція передбачена в кількості 5 (п'яти) консультацій за Програмою «Silver Plus» в медичних закладах Групи В, за класифікацією Страховика, а також за Програмою «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В, за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика).

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

7.5. Опція «Швидка медична допомога»

Передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні державними, відомчими або приватними медичними закладами Групи А та В за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика) за всіма Програмами страхування.

Опція передбачена в кількості 5 послуг на рік за всіма Програмами страхування («Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus»).

Співоплата не застосовується, тобто Страховик сплачує надані послуги в повному обсязі (100%).

Дана опція передбачає:

7.5.1. виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа в межах населеного пункту, де знаходиться медична установа, яка надає послуги невідкладної медичної допомоги, а також у межах 30-км зони (за правилами виміру, встановленими у медичній установі) зі 100% покриттям транспортних витрат за рахунок Страховика;

7.5.2. реанімаційні заходи;

7.5.3. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

7.5.4. медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто забезпечення медичними препаратами для стабілізації стану хворого під час надання невідкладної медичної допомоги медичним персоналом невідкладної медичної допомоги);

7.5.5. транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності екстреної стаціонарної допомоги при наявності загрози життю. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

7.5.6. транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самотійно, з медичних причин, прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги.

7.6. Опція «Екстрена стаціонарна допомога»

Передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають екстреної медичної допомоги в стаціонарі. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, лікар поліклініки). Екстрена стаціонарна допомога - така допомога, яка повинна бути надана протягом 12 годин з моменту звернення, ненадання якої може призвести до летального випадку або привести до незворотних змін в організмі.

Опція передбачена за всіма Програмами страхування в наступних Групах медичних закладів, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

- за Програмою «Bronze» в медичних закладах Групи С за класифікацією Страховика;
- за Програмами «Silver» та «Silver Plus» для дітей - в медичних закладах Групи В та А* за класифікацією Страховика, для дорослих – в медичних закладах Групи В за класифікацією Страховика;
- за Програмами «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В за класифікацією Страховика.

** При неможливості організації послуги в медичних закладах Групи В для дітей від 1 (одного) до 17 (сімнадцяти) років (включно), послуги можуть бути організовані та сплачені в медичних закладах Групи А за класифікацією Страховика.*

Співплата не застосовується, тобто Страховик сплачує надані послуги в повному обсязі (100%).

Кількість госпіталізацій по вищезазначеним Програмам страхування необмежена протягом дії Договору.

7.6.1. Склад опцій Програм страхування щодо захворювань / гострих станів не пов'язаних із коронавірусною інфекцією COVID-19:

7.6.1.1. перебування Застрахованої особи в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в медичних установах відповідно до Програми страхування;

7.6.1.2. при здійсненні екстреної госпіталізації, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

7.6.1.3. харчування, яке надається даним медичним закладом;

7.6.1.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

7.6.1.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

7.6.1.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм - окрім зазначених у п. 19 «Виключення»);

7.6.1.7. терапевтичне та оперативне лікування (в т.ч. використання кисню, закису азоту, фтору та ін. під час оперативних втручань), анестезіологічна допомога;

7.6.1.8. перебування у відділенні інтенсивної терапії;

7.6.1.9. використання операційного блоку та післяопераційної палати;

7.6.1.10. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі;

7.6.1.11. експертиза тимчасової непрацездатності з видачою листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі, (у випадках отримання медичної допомоги в приватному медичному закладі - надання листів непрацездатності – не гарантовано).

7.6.2. Склад опцій Програм страхування щодо захворювань / гострих станів пов'язаних з коронавірусною інфекцією COVID-19:

7.6.2.1. діагностування коронавірусної хвороби COVID-19, спричиненої вірусом SARS-CoV-2, методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР тест) при наявності медичних показів до госпіталізації.

Дана опція передбачена за всіма Програмами страхування («Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus») в медичних закладах Групи А та В за класифікацією Страховика.

7.6.2.2. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм - окрім зазначених у п. 19 «Виключення»);

7.6.2.3. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами на період перебування в стаціонарі;

7.6.2.4. організація та послуги перебування в стаціонарних умовах Застрахованої особи - не передбачено.

7.7. Опція «Відкладене стаціонарне лікування»

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі для лікування стану, що визнаний страховим згідно визначення п.6.2 та в часові межі, визначені для страхового випадку (п. 6.2.5) в умовах цілодобового стаціонару на підставі рішення лікаря про необхідність цілодобового стаціонарного лікування з або без оперативного втручання. Така госпіталізація не може бути відкладена з будь-яких причин, тобто повинна бути надана протягом 72 годин з моменту маніфестації захворювання за життєвими показаннями. Направлення на стаціонарне лікування надається лікарем Медичного закладу та здійснюється виключно в робочі дні згідно з графіком роботи Медичного закладу.

Опція передбачена за Програмами «Gold» та «Gold Plus» в наступних Групах медичних закладів, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

- за Програмами «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В за класифікацією Страховика. (перелік наведений на сайті Страховика).

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

У разі якщо послуги за опцією надаються стаціонаром групи С – послуга надається без співоплати, шляхом 100% сплати послуг Страховиком.

Кількість госпіталізацій по вищезазначеним програмам страхування обмежена у кількості 1 раз на рік.

7.7.1. Склад опцій Програм страхування щодо захворювань / гострих станів не пов'язаних із коронавірусною інфекцією COVID-19:

7.7.1.1. перебування Застрахованої особи в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в медичних установах відповідно до Програми страхування;

7.7.1.2. при здійсненні відкладеного стаціонарного лікування, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

7.7.1.3. харчування, яке надається даним медичним закладом;

7.7.1.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

7.7.1.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

7.7.1.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм - окрім зазначених у п. 19 «Виключення»);

7.7.1.7. терапевтичне та оперативне лікування (в т.ч. використання кисню, закису азоту, фтору та ін. під час оперативних втручань), анестезіологічна допомога;

7.7.1.8. перебування у відділенні інтенсивної терапії;

7.7.1.9. використання операційного блоку та післяопераційної палати;

7.7.1.10. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі;

7.7.1.11. експертиза тимчасової непрацездатності з видачою листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі, (у випадках отримання медичної допомоги в приватному медичному закладі - надання листів непрацездатності – не гарантовано).

7.8. Опція «Лабораторні дослідження»

Передбачає організацію та сплату лабораторної діагностики для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях. Отримання послуги організовується в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи медичного закладу.

Опція передбачена за Програмами «Silver», «Silver Plus», «Gold» та «Gold Plus» в наступних групах медичних закладів, якщо інше не передбачено Програмою страхування:

- за Програмами «Silver» та «Silver Plus» в медичних закладах Групи В, за класифікацією Страховика;
- за Програмами «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В, за класифікацією Страховика.

Перелік медичних закладів наведений на сайті Страховика.

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

Кількість послуг по вищезазначеним Програмам страхування необмежена протягом дії Договору.

7.8.1. Діагностування коронавірусної хвороби COVID-19, спричиненої вірусом SARS-CoV-2, методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР тест) при наявності медичних показів в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях.

Ліміт за даною опцією передбачений в кількості 2 (двох) одиниць на рік за Програмами страхування «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В.

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

7.9. Опція «Мала інструментальна діагностика»

Передбачає організацію в найкоротший термін згідно з графіком роботи поліклініки та з врахуванням побажань Застрахованої особи та сплату усіх методів інструментальної діагностики, в т.ч. при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19, окрім МРТ, КТ, досліджень із анестезією та контрастом, для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих діагностичних центрах.

Опція передбачена за Програмами «Silver» та «Silver Plus» в медичних закладах Групи В, за класифікацією Страховика, а також Програмами «Gold» та «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В, за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика).

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

Кількість послуг по вищезазначеним Програмам страхування необмежена протягом дії Договору.

7.10. Опція «Велика інструментальна діагностика»

Передбачає забезпечення проведення методами інструментальної діагностики, а саме МРТ, КТ, дослідження із анестезією та/або контрастом, для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах

поліклініки або спеціалізованих діагностичних центрах, в т.ч при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19.

Опція передбачена за Програмами «Silver Plus» в медичних закладах Групи В, за класифікацією Страховика, а також Програмами «Gold Plus» в медичних закладах Групи А та В, за класифікацією Страховика (перелік наведений на сайті Страховика).

Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

Кількість послуг по вищезазначеним Програмам страхування не обмежена протягом дії Договору.

7.11. Опція «Медикаменти при амбулаторному лікуванні, в т.ч при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19»

Передбачає забезпечення через мережу аптек, з якими співпрацює Асистанс та/або Страховик, Застрахованих осіб медичними препаратами, які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Співоплата застосовується на умовах обраного розміру співоплати, зазначеної в п. 8.2 Частині А даного Договору страхування.

Опція передбачена за Програмами «Silver Plus» та «Gold Plus» в необмеженій кількості препаратів на рік.

8. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

Страхова сума, страховий тариф, страховий платіж по відношенню до конкретної Застрахованої особи вказані в п. 6 - 8 Частини А даного Договору страхування.

9. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ

Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до обраної періодичності (п. 8.3 Частини А даного Договору) у грошовій одиниці України шляхом зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика у строк передбачений п. 8.4 Частини А даного Договору.

10. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

10.1. Договір укладається на строк, визначений в п. 4.2 Частини А даного Договору, на 365 (триста шістдесят п'ять) / (366 (триста шістдесят шість, у разі якщо рік високосний) календарних днів.

10.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або у його частині, згідно з п. 8.4 Частини А даного Договору, але не раніше дати визначеної, як Початок дії Договору, та діє до 24-00 години дня визначеного, як Закінчення дії Договору (п. 4.2 Частини А даного Договору).

10.3. Даним Договором передбачений Період очікування, визначення якого наведено в п. 4.3 Частини А даного Договору.

11. ТЕРИТОРІЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ

11.1. В залежності від обраної Програми страхування, територією надання Застрахованій особі послуг, медикаментів та товарів медичного призначення є Україна згідно переліку договірних медичних установ груп А, В та С, наведеного на сайті Страховика, на сторінці з інформацією про продукт «ARXiMED».

12. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ

12.1. Цей Договір укладається згідно з вимогами Цивільного кодексу України та Закону України «Про страхування». Електронний Договір укладається в порядку, передбаченому ст.11-12 Закону України «Про електронну комерцію». Перед укладенням Договору/акцептуванням (прийняттям) пропозиції Страховик обов'язково попередньо ознайомлює Страхувальника в будь-який доступний спосіб зі всіма умовами договору/пропозиції та Страхувальник зобов'язаний перевірити надані ним дані, обрані умови страхування, підтвердити їхню достовірність.

12.2. Договір (Оферта) складається у електронній формі за встановленим Страховиком зразком.

12.3. Електронний Договір підписується Страхувальником з використанням електронного підпису одноразовим ідентифікатором, 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.

12.4. Для укладення Договору Страхувальник надає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону та адресу електронної пошти в мережі «Internet», а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору. Перед укладенням Договору Страхувальник обов'язково повинен ознайомитись з умовами Оферти, Правил, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних.

Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

12.5. Договір укладається в програмному забезпеченні Страховика відповідно до зазначених Страхувальником даних. Перед підписанням Договору Страхувальник зобов'язаний перевірити надані ним дані та підтвердити їхню достовірність. Для укладення Договору Страхувальнику необхідно підписати його електронним підписом одноразовим ідентифікатором відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію».

12.6. Укладений електронний Договір надсилається Страхувальнику на вказану ним адресу електронної пошти та/або примірник Договору за бажанням Страхувальника надається йому в будь-який інший спосіб в порядку, передбаченому вимогами законодавства. Отриманий таким чином документ засвідчує право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором. Після підписання Договору Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж (або його частину, якщо це передбачено п. 8.3 – п. 8.4 Частини А даного Договору) шляхом зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика у строк передбачений п. 8.4 Частини А даного Договору.

12.7. Підписаний Договір є таким, що не набрав чинності до моменту оплати страхового платежу.

12.8. Договір містить унікальний номер, електронний підпис Страхувальника, дату укладення і строк дії Договору, та інші особисті умови Договору страхування.

12.9. Підписуючи даний Договір (Оферту) Страхувальник підтверджує та визнає, що:

12.9.1. до укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився, та ознайомив Застраховану особу, зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону (надалі – інформація);

12.9.2. зазначена інформація є доступною в мережі Інтернет на веб-сторінці Страховика www.arx.com.ua, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком;

12.9.3. вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі;

12.9.4. зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень;

12.9.5. укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем);

12.9.6. цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства;

12.9.7. Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

12.9.8. 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(и) за цим Договором (у разі їх наявності).

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

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.

12.10. На день укладання договору Застрахована особа:

12.10.1. в анамнезі немає (не хворів, не діагностувалось та не проводилось лікування протягом останніх 3х (трьох) років) інсульту та інфаркту головного мозку, інфаркту міокарду, злоякісних новоутворень, туберкульозу, алкоголізму, не проводилось лікування наркоманії, психічних розладів та захворювань, хронічної ниркової або легеневої недостатності, бронхіальної астми;

12.10.2. не перебуває на стаціонарному лікуванні та не потребує медичної допомоги на момент укладання договору;

12.10.3. не є військовослужбовцем, співробітником правоохоронних органів.

12.11. Підписуючи даний Договір (Оферту) Страхувальник надає згоду та гарантує, що отримав від Застрахованої особи згоду на страхування та на:

12.11.1. обробку своїх персональних даних (далі – ПД), та ПД осіб, що підписали цей Договір, як вказаних в даному Договорі, так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання Договору страхування, в тому числі на передачу ПД третім особам, в т.ч. іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою: виконання вимог законодавства, цього Договору страхування та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу.

Страховальник підтверджує, що надав Страховику право отримувати його ПД за допомогою сервісу «ДІЯ», BankID, з Бюро кредитних історій, використовуючи інструменти покладення та/або доручення, шляхом обміну документами з використанням кваліфікованого цифрового підпису (електронно-цифрового підпису);

12.11.2. отримання від Страховика інформаційних SMS повідомлень, на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страховальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страховальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором.

12.11.3. використання інформації, зазначеної в даному Договорі, іншої інформації (в тому числі записів телефонних розмов) та документів, отриманих від Страховальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором.

12.12. Договір складається з Частин А, В та С і є укладеним в електронній формі з вчиненням електронного правочину відповідно до ст. 16 Закону України «Про страхування», ст. 3, 11, 12 Закону України «Про електронну комерцію».

13. ДІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ ПОТРЕБІ В МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Якщо Застрахована особа/Опікун/Вигодонабувач претендує на визнання випадку страховим та на організацію та сплату послуг, медикаментів та/або товарів медичного призначення в рамках Програми страхування, Застрахована особа зобов'язана дотримуватись наступних положень:

13.1. При необхідності в медичній допомозі за опціями, які включені до Програми страхування, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, повідомляє Асистанс за телефоном, за допомогою електронної пошти, чату на сайті, мобільного додатку «MyARX», Viber або Telegram, що вказані в п. 10 Частини А даного Договору страхування, наступну інформацію:

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

13.1.2. Детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;

13.1.3. Контактний телефон.

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

13.3. Медична допомога, за умовами Програми страхування, надається медичною установою при наявності Договору та/або інформації по Договору з мобільного додатку «MyARX», документу, що посвідчує Застраховану особу на підставі гарантії Асистансу.

13.4. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими укладено Договори про співробітництво (договірний медичний заклад), відповідно до Програми страхування та згідно Переліку медичних закладів наведеного на сторінці з інформацією про продукт «ARXiMED» за адресою: www.arx.com.ua.

13.5. При необхідності в медичній допомозі та неможливості Асистансом організувати таку медичну допомогу в Договірному медичному закладі Застрахована особа може отримати медичну допомогу в недоговірному медичному закладі. Обов'язковою умовою є попереднє, перед отриманням та сплатою послуг, медикаментів та товарів медичного призначення, погодження Асистансу.

13.6. Види погодження Асистансу:

13.6.1. Попередній кваліфікаційний висновок щодо визнання страхового випадку,

13.6.2. Попередня експертиза щодо відповідності послуг/медикаментів/товарів медичного призначення Програмі Страхування;

13.6.3. Гарантійне погодження на відшкодування згідно Програми та умов співоплати на кожну послугу/медикамент/товар медичного призначення.

13.7. Погодження надається Асистансом в телефонній розмові та/або шляхом листування e-mail, Viber, Telegram, чату на сайті компанії або мобільного додатку. Відсутність погодження Асистансу згідно п. 13.6 Частини В даного Договору є підставою для відмови у відшкодуванні понесених витрат.

13.8. Під «неможливістю організувати медичну допомогу в Договірному медичному закладі, згідно умов цього Договору» розуміється:

13.8.1. Відсутність жодного Договірного медичного закладу в населеному пункті, в якому перебуває Застрахована особа, який спроможний надати допомогу за профілем скарг, та який відповідає умовам Програми;

13.8.2. Неможливість жодним договірним медичним закладом надати допомогу в потрібний час, а саме:

13.8.2.1. Швидка медична допомога – протягом 60 хвилин з моменту звернення;

13.8.2.2. Невідкладна медична допомога – протягом 4-х годин з моменту звернення;

13.8.2.3. Невідкладна госпіталізація – протягом 12 годин з моменту звернення;

13.8.2.4. Відкладене стаціонарне лікування – протягом 72 годин з моменту звернення;

13.8.2.5. Лікар до дому – протягом 12 годин з моменту звернення;

13.8.2.6. Консультативна, лабораторна та інструментальна діагностика в поліклінічних умовах – протягом 48 годин з моменту звернення;

13.8.2.7. Медикаментозне забезпечення та товари медичного призначення – протягом 24 годин з моменту звернення.

14. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

14.1. Страховик здійснює страхову виплату, при умові дотримання процедури згідно п. 13 Частини В даного Договору страхування:

14.1.1. Шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів та товарів медичного призначення, медичним закладам, що надали медичну допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування;

14.1.2. Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі самостійної сплати нею послуг та медикаментів.

14.2. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, зазначених у п. 14.5 Частини В даного Договору страхування, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість. У випадку оплати наданих медичних послуг Страховиком заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт медичного закладу.

14.3. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати медичним закладам визначений договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.

14.4. Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу (якщо така передбачена Статутом Медичного закладу), що надав послуги.

14.5. Перелік документів для отримання страхового відшкодування, що підтверджують страховий випадок та понесені витрати, які Застрахованій особі або її уповноваженим представникам необхідно надати Страховику:

14.5.1. Заява про подію та на виплату. Якщо інше не передбачено Договором, Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування в п.10 Частини А, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження.

Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови.

При фіксації Заяви про подію та на виплату Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.

З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови.

Для підтвердження настання страхового випадку Страхувальник зобов'язаний надати письмову Заяву про подію та на виплату, за формою визначеною Страховиком протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту настання такої події (незалежно від фіксації Заяви через контакт-центр Страховика у телефонному режимі) виключно за вимогою Страховика.

Крім Страхувальника, Заяву про подію та на виплату можуть надати інші уповноважені ним особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник.

14.5.2. засвідчену копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Застрахованої особи та Вигодонабувача (якщо отримувачем буде не Застрахована особа);

14.5.3. засвідчену копію ідентифікаційного номеру Застрахованої особи та Вигодонабувача (якщо отримувачем буде не Застрахована особа);

14.5.4. оригінал 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;

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

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

14.5.7. оригінали платіжних документів з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів.

14.6. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю, необхідно надати додатково наступні документи:

14.6.1. копію ліцензії на право надання таких послуг;

14.6.2. копію свідоцтва про державну реєстрацію;

14.6.3. копію свідоцтва про сплату єдиного податку/ податку на додану вартість.

14.7. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних п. 14.5 - 14.6 Частини В даного Договору, в тому числі в електронному вигляді.

14.8. Копією документу згідно цього Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних

пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника/Застрахованої особи, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком/представником Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика/представника Страховика та у визначений ними термін Страхувальник/Застрахована особа зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник/Застрахована особа гарантує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

14.9. Документ, цифрова копія якого надається Страховику/представнику Страховика, має відповідати наступним вимогам:

14.9.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають 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;

14.9.2. документ, що містить текст, таблиці та зображення (.doc, .docx, .rtf, .xls, .xlsx, або .pdf з розпізнаним текстом);

14.9.3. документ, що містить графічні зображення (.pdf, .tif, .jpg з роздільною здатністю не менше 300 dpi);

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

14.10. Страхувальник/Застрахована особа приєднанням до цього Договору підтверджує що, надаючи Страховику чи його представнику копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки, Страхувальнику/Застрахованій особі зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника/Застрахованої особи. Страхувальник/Застрахована особа розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником/Застрахованою особою цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.

14.11. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Застрахованою особою або її представником, в термін не пізніше 30 календарних днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну перебування на «лікарняному листі» - період тимчасової непрацездатності/виписки зі стаціонару, та не пізніше 30 календарних днів після припинення або дострокового припинення цього Договору, якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, повної або часткової відсутності документів згідно п. 14.5 - 14.6 Частини В даного Договору, недотримання умов п. 13 Частини В даного Договору, страхове відшкодування Страховиком не здійснюється, про що Страховик письмово повідомляє Застраховану особу або Вигодонабувача з наведенням аргументації.

14.12. 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.

14.13. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

14.14. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

14.15. Розмір страхової виплати визначається програмою страхування, яка наведена у Частині С даної Оферти.

14.16. Документи на страхову виплату, перелік яких зазначений в п. 14.5 - 14.6 та п. 14.12 Частини В даного Договору, необхідно надати представнику Страховика за адресою: **Центр виплат АТ СК «АРКС», 03124, м.Київ, вул. Вацава Гавела, 6, літера «З» або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.**

14.17. У випадку, якщо оригінали документів пересилаються поштою, рекомендується відправити їх листом з повідомленням, щоб уникнути можливої втрати при пересилці. У випадку пересилання оригіналів документів поштою, датою надання документів є дата штемпелю на конверті та/або дата оплати послуг поштового зв'язку.

14.18. Загальна сума виплат за Договором не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією, якщо такий передбачений Програмою страхування.

14.19. Страховик не відшкодовує витрати на медичну допомогу та медикаменти, які виникли до початку дії Договору або після закінчення строку дії або дострокового припиненні дії Договору, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням, розпочався в період дії Договору. В даному випадку Страховик сплачує/відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору

або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення дії Договору.

14.20. Страховик приймає до розгляду звернення Страхувальника (його представника) у письмовій або електронній формі за каналами зв'язку <https://arx.com.ua/kontakty>. Строк розгляду звернення - не більше 1 (одного) місяця з дня його отримання Страховиком. Загальний строк розгляду звернення (у разі його продовження, якщо протягом місяця вирішити порушення у зверненні питання неможливо) не повинен перевищувати 45 (сорока п'яти) днів. Інформація про порядок подання звернень з питань захисту прав споживачів фінансових послуг розміщена на сторінці офіційного Інтернет-представництва НБУ <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>

15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.

15.2. Всі зміни до Договору мають бути оформлені як Додаткові угоди до Договору, які стають невід'ємними частинами з моменту підписання або з дати, вказаної в Додатковій угоді.

15.2.1. У разі незгоди Страхувальника зі змінами до умов Договору, 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 ДМС»**. Відсутність такої заяви трактується Сторонами як згода на внесені зміни до Договору.

15.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність по відношенню до конкретного Страхувальника/Застрахованої особи у разі:

15.3.1. закінчення строку дії Договору;

15.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованої особи у повному обсязі;

15.3.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

15.3.4. прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;

15.3.5. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.4. Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, Страхувальник – шляхом надсилання заяви на розірвання Договору, Страховик – шляхом листа-повідомлення, надісланого за адресою, вказаною Страхувальником в п. 2 Частини А даного Договору.

15.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:

12.4.1.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат;

12.4.1.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.4.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:

12.4.1.3. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;

12.4.1.4. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат.

15.5. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

15.6. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у разі виникнення обставин нездоланної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин нездоланної сили належать:

15.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за цим Договором або призводять до значного, більше 50% з дати початку дії страхового покриття по відношенню до Застрахованої особи та непрогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення;

15.6.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об'явлені на території України після укладення Договору.

16. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

16.2. Для інформування Страховика про намір відмовитися від договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика шляхом заповнення заяви про відмову від договору страхування. Заява може бути написана у письмовій формі у вигляді паперового документу, підписаного власноручним підписом страхувальника, або у формі електронного документа, підписаного кваліфікованим електронним підписом страхувальника, за формою, встановленою Страховиком, яка розміщена на сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/>.

16.3. Після подання заяви Страховику, останній не розглядає інші заяви Страхувальника щодо подій які мають ознаки страхового випадку по вищевказаному Договору, в тому числі про події які не були відомі Страхувальнику, та вимоги останнього або будь-яких інших осіб щодо виплати страхової виплати /відшкодування. Після подання заяви Страховику настання будь яких події не визнається страховим випадком по вищевказаному Договору.

16.4. Страховик має право перевірити відсутність подій, які мають ознаки страхового випадку, за цим договором страхування, шляхом надсилання запитів до відповідних установ та організацій. Якщо для цього потрібна згода страхувальника, останній зобов'язаний надати таку згоду, в тому числі нотаріально завірену.

16.5. Строк перевірки відомостей зазначених Страхувальником та прийняття рішення щодо можливості повернення страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, становить до 30 робочих днів з дати отримання заяви.

16.6. У разі якщо перевірка відомостей потребує попереднього отримання документів, даних і ін. від Страхувальника, такий строк починає відліковуватись з наступного дня після отримання від Страхувальника відповідних документів;

16.7. У разі, якщо під час перевірки буде становлено помилки, розбіжності, не відповідність інформації зазначену Страхувальником, розгляд заяви зупиняється. При цьому строк перевірки даних продовжується на весь період часу до отримання від Страхувальника виправлених та відповідно направлених належних відомостей.

16.8. Строк повернення Страховиком страхової премії в разі відмови Страхувальника від договору страхування, після перевірки відомостей зазначених Страхувальником та прийняття рішення щодо можливості повернення страхувальнику сплаченої страхової премії повністю, становить 15 робочих днів.

17. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

17.1. Страховик зобов'язаний:

17.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування, розміщеними на сайті Страховика;

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

17.1.3. Здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;

17.1.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом;

17.1.5. За письмовим запитом Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання запиту надавати йому звіт фактичних страхових та заявлених виплат, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованої особи на дату запиту звіту.

17.2. Страховик має право:

17.2.1. Перевіряти інформацію надану Страхувальником, при укладанні Договору;

17.2.2. У разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до правоохоронних органів, медичних закладів про обставини страхового випадку;

17.2.3. Перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи для уточнення обставин випадку, розмір витрат, а також направити, за рахунок Страховика, Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

17.2.4. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених у п. 6 Частини В даного Договору, у разі якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених п. 14.5 - 14.6 Частини В даного Договору, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі, та у разі недотримання умов п. 13.5 Частини В даного Договору);

17.2.5. 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.
- 17.2.6.** Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

17.3. Страхувальник зобов'язаний:

- 17.3.1.** Вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором;
- 17.3.2.** Під час дії Договору інформувати Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про будь-які зміни страхового ризику, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованої особи;
- 17.3.3.** Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 17.3.4.** Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;
- 17.3.5.** повідомити Застраховану особу про укладення Договору страхування на її користь;
- 17.3.6.** Дотримуватись умов Договору.
- 17.4. Страхувальник має право:**
- 17.4.1.** Вимагати виконання Страховиком умов Договору;
- 17.4.2.** Достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
- 17.4.3.** Вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 17.4.4.** Оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
- 17.4.5.** Робити запит, один раз на 3 місяці (до 4-х разів за період дії Договору) на отримання звіту щодо фактичних та заявлених виплат по відношенню до Застрахованої особи.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ІШІ УМОВИ

- 18.1.** Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.
- 18.2.** За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 18.3.** Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.
- 18.4.** Страхувальник повідомлений, що Страховик 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.
- Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке ж правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

19. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 19.1.** Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, захворювань та станів, які не підпадають під визначення «Страхового випадку» згідно п. 6.2. Частини В даного Договору страхування та на покриття послуг, не передбачених програмою страхування.
- 19.2. Абсолютним виключенням** є будь-які послуги, медикаменти та товари медичного призначення з приводу діагностики та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
- 19.2.1.** СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунodefіцитні стани;
- 19.2.2.** алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою

самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;

19.2.3. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;

19.2.4. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

19.2.5. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну;

19.2.6. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (в тому числі катаракта, атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз, дорсопатії та інше, окрім надання невідкладної медичної допомоги);

19.2.7. особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 (<http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383>) та Лепра, в тому числі будь-які діагностичні обстеження для виявлення коронавірусної інфекції COVID-19 спричинені вірусом SARS-CoV-2, якщо інше не передбачено Програмою страхування;

19.2.8. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;

19.2.9. ожиріння;

19.2.10. аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевих функцій;

19.2.11. будь – які послуги спрямовані на настання, спостереження та переривання вагітності та пологів, а також наслідки вагітності/пологів;

19.2.12. TORCH - інфекції та носійство, окрім стаціонарної допомоги при гострих станах;

19.2.13. венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом;

19.2.14. алергічні захворювання, окрім надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке;

19.2.15. захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

19.2.16. захворювання та травми, що настали до початку дії Договору, в т.ч. якщо буде з'ясовано про подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації.

19.3. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

19.3.1. недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря;

19.3.2. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

19.3.3. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;

19.3.4. отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування, отримання послуг у медичних закладах не передбачених Програмою страхування та/або попередньо не погоджених з Асистансом.

19.4. Не визнаються страховими випадками та не підлягають сплаті послуги, медичні товари та медикаменти та відшкодуванню витрати на діагностику та лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

19.4.1. хронічна ниркова та печінкова недостатність;

19.4.2. злоякісні та доброякісні новоутворення;

19.4.3. туберкульоз;

19.4.4. цукровий діабет, його ускладнення та інші ендокринні захворювання, що вимагають замісної терапії, окрім надання невідкладної медичної допомоги;

19.4.5. захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашютним спортом, гірськолижним спортом та активним відпочинком на гірськолижних курортах тощо);

19.4.6. хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, хронічний геморой);

19.4.7. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;

19.4.8. системні захворювання сполучної тканини;

19.4.9. дерматологічні захворювання в т.ч. псоріаз, екзема, себорея, алопеція, atopічні та алергічні дерматити, порушення потовиділення, ламкість нігтів та інші захворювання шкіри та придатків шкіри;

19.4.10. гінекологічні захворювання, а саме: кісти, поліпи жіночих статевих органів, ерозії, дисплазії, ектропіони шийки матки, аденоміоз, ендометріоз, фіброміома, міома матки та придатків тощо;

19.4.11. анемія;

19.4.12. мігрень, епілепсія.

19.5. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:

19.5.1. будь – які послуги, не передбачені програмою страхування, а також стоматологічна допомога, фізіопроцедури, масаж, мануальна терапія, послуги маніпуляційного кабінету, реабілітація, послуги хоспісу, планових спостережень, профілактичних послуг та медикаментів, призначених із профілактичною або протекторною дією, санаторно-курортне лікування тощо; процедури, пов'язані з корекцією зору: короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу, косоокості (в т.ч. апаратне лікування), окуляри, лінзи, тренажери; медичні послуги та лікування, пов'язані з корекцією фігури, осанки, ходи, зміною ваги; косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури; операції за бажанням (не за медичними показниками); операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, стентування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів; операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції; експериментальні та нетрадиційні методи лікування (діагностика по Фолю, біоенергетика, гірудотерапія, озонотерапія, склеротерапія, гіпноз, рефлексотерапія тощо); методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах "Про затвердження клінічних протоколів лікування"; екстракорпоральні методи лікування: плазмореф, плазмодіфузія, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитореф і т.п.; гідроклононотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, алергопроби, імунограми; ліпідограма (якщо інше не передбачено Програмою страхування); ЛФК (лікувальна фізкультура), окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару;

19.5.2. послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата);

19.5.3. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;

19.5.4. довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та ін.);

19.5.5. будь-які послуги поза медичною установою, окрім надання невідкладної медичної допомоги, допомоги згідно визначення опцій «Консультація лікаря вдома» та «Дистанційні консультації лікаря»;

19.5.6. надання медичної допомоги (окрім швидкої невідкладної допомоги) внаслідок заняття Застрахованою особою спортом та активним відпочинком (гірськолижний відпочинок, групові заняття та тренування на професійному та аматорському рівні).

19.6. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:

19.6.1. будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; офіційно не зареєстрованих в Україні, як лікарські засоби; будь – яких медикаментів, спрямованих на лікування захворювання, більше 14 днів за випадком; будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання або ускладнень; більше одного препарату із однієї фармакологічної групи на один страховий випадок; гормональних препаратів, окрім ін'єкційних форм протизапальних гормональних препаратів, призначених на час перебування на стаціонарному лікуванні; препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифірилін, золадекс та ін.), препаратів для запобігання вагітності; косметичних та гігієнічних засобів; засобів для побутової дезінфекції; біологічно активних та харчових добавок; хондропротекторів; гіполіпідемічних препаратів, окрім призначених при лікуванні інфаркту/інсульту; гепатопротекторів; імуномодуляторів; психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків; препаратів ензимів загальної дії та для покращення травлення (Вобензим, Флогензим, Ербісол, Фестал, Креон, Мезим та інші); стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші); лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків; препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги; препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків; вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів;

19.6.2. придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу (окрім металоконструкції для остеосинтезу в т.ч. фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій), небулайзери.

Програма страхування	BRONZE	SILVER	SILVER PLUS	GOLD	GOLD PLUS
Територія надання послуг	згідно переліку МУ, наведеного на сайті Страховика				
Вік Застрахованої особи	18 - 75 років (включно)	1 - 75 років (включно)			
Річна страхова сума	100 000	200 000	200 000	500 000	500 000
Опції, що вкючені до Програм страхування, ліміти, покриття					
МЕДИЧНИЙ КОНСЬЄРЖ (рекомендація спеціаліста, клініки, супровід випадку, пошук та доставка медикаментів)	Без обмежень				
ДИСТАНЦІЙНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ ЛІКАРЯ (телефон, Viber, Skype, інші медичні додатки)	МУ Групи В				
▪ 100% сплати вартості послуг Страховиком	Без обмежень				
ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА	МУ Групи А/В				
▪ 100% сплати вартості послуг Страховиком	5 раз на рік				
ЕКСТРЕНА СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА (в т.ч. сплата медикаментів та будь-яких лабораторних/інструментальних досліджень, за виключенням перебування в стаціонарі при гострих станах пов'язаних з коронавірусною інфекцією COVID-19)	МУ Групи С	МУ Групи В/А* - діти МУ Групи В - дорослі		МУ Групи А/В	
▪ 100% сплати вартості послуг Страховиком	Без обмежень				
ДІАГНОСТУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ (ПЛР ТЕСТ) (при наявності медичних показів до екстреної госпіталізації)	МУ Групи А/В				
▪ 100% сплати вартості послуг Страховиком	Без обмежень				
ВІДКЛАДЕНЕ СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ (в т.ч. сплата медикаментів та будь-яких лабораторних/інструментальних досліджень, за виключенням станів пов'язаних з коронавірусною інфекцією COVID-19)	Не передбачено	Не передбачено		МУ Групи А/В	
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)				1 раз/рік	
КОНСУЛЬТАЦІЇ ЛІКАРЯ В ПОЛІКЛІНІЦІ		МУ Групи В		МУ Групи А/В	

(в т.ч. при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19)				
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)		Без обмежень		
КОНСУЛЬТАЦІ ЛІКАРЯ ВДОМА		Не передбачено	Група В	Не передбачено
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)			5 раз на рік	
ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ		МУ Групи В		МУ Групи А/В
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)		Без обмежень		
МАЛІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ (усі, в т.ч. при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19, окрім МРТ, КТ, досліджень із анестезією та контрастом)		МУ Групи В		МУ Групи А/В
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)		Без обмежень		
ВЕЛИКІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ (МРТ, КТ, дослідження із анестезією та/або контрастом, в т.ч. при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19)		Не передбачено	МУ Групи В	Не передбачено
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)			Без обмежень	
ДІАГНОСТУВАННЯ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 МЕТОДОМ ПОЛІМЕРАЗНОЇ ЛАНЦЮГОВОЇ РЕАКЦІЇ (ПЛР ТЕСТ) (при наявності медичних показів в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях)		Не передбачено		МУ Групи А/В
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)				2 рази на рік
МЕДИКАМЕНТИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ (в т.ч. при наявності лабораторно підтвердженого діагнозу COVID-19)		Не передбачено	Аптечна мережа	Не передбачено
▪ Співоплата (згідно п. 8.2 Частини А Договору)			Без обмежень	

* При неможливості організації послуги в медичних установах (МУ) Групи В для дітей від 1 (одного) до 17 (сімнадцяти) років (включно), послуги можуть бути організовані та сплачені в медичних установах Групи А за класифікацією Страховика.

Підпис Страхувальника

П.І.Б. _____

Підпис _____

Підпис Страховика

Документ підписаний електронним підписом із електронною позначкою часу укладення Договору:

Підписувач: Перший Заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС» Межебицький Максим Станіславович

Сертифікат:
Дійсний до:
Дата та час укладення договору: