

**Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
(діє з 11 лютого 2026 року)
«Медичне страхування»
за програмами страхування «ARXiMED»:
«Bronze», «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus»**

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

1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС» Код ЄДРПОУ: 20474912
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Витяг № 27-0024/31759 від 24.04.2024 року
4	Місцезнаходження страховика	04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://arx.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Предметом договору страхування є передача страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, страховику на умовах, визначених Договором страхування або законодавством України. Об'єктом страхування за цим Договором є здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	В продукт включаються такі ризики в межах класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)»: <ul style="list-style-type: none"> • медичне страхування. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистансу з метою телефонного консультування та до медичного або фармацевтичного закладу за направленням Асистансу та/або Страховика з метою одержання медичних послуг внаслідок гострих стан що настав під час дії Договору у зв'язку із гострим або загостренням хронічного захворювання, травмою або отруєнням, які не є виключенням із Договору та з приводу якого є потреба в медичній допомозі. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має хронічне (-ні) захворювання) з'являється різке погіршення життєвих показників, та часто, але не обов'язково, больовий синдром, про що дана особа виражає суб'єктивні скарги. Під «погіршенням життєвих показників» розуміється: - підвищення температури тіла вище фізіологічної норми;

- порушення свідомості що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням;
- підвищення 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).

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

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

Страховий продукт передбачає надання та оплату медичної допомоги в залежності від Програми страхування та переліку Опцій.

Опція - це набір медичних послуг (товарів медичного призначення, медикаментів), об'єднаних, як правило, за місцем їх надання. В залежності від обраної Страхувальником Програми, опції включені або не включені до Програми.

Опція «Медичний Консьєрж»

Передбачено надання допомоги з наступних медичних питань:

- цілодобовий колл-центр;
- підбір лікувально-профілактичного закладу, відповідно до Програми страхування, а саме: вибір профілю медичного закладу та лікаря-спеціаліста, інформування про графік роботи установи і часу прийому лікарів-спеціалістів, орієнтовна вартість послуг і консультацій;

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 застосунків або месенджерів за направленням Асистанса. Організація послуги можлива згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

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

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.

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 «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 «Відкладене стаціонарне лікування»

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі для лікування стану, що визнаний страховим згідно Договору та в часові межі, визначені для страхового випадку 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 або відкладене оперативне лікування в термін до 21 дня з дати настання травми, яка настала під час дії Договору і визнана страховим випадком. Направлення на стаціонарне лікування надається лікарем Медичного закладу та здійснюється виключно в робочі дні згідно з графіком роботи Медичного закладу.

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 «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, окрім МРТ, КТ, досліджень із анестезією та контрастом, для діагностування гострого стану Застрахованої особи в умовах поліклініки або спеціалізованих діагностичних центрах.

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 «Медикаменти при амбулаторному лікуванні»

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.

Опції, в залежності від обраної програми страхування «ARXiMED»:

Програма страхування	Bronze	Silver	Silver plus	Gold	Gold plus
Опції, що включені до Програм страхування, ліміти, покриття					
Медичний консьерж (рекомендація спеціаліста, клініки, супровід випадку, пошук та доставка медикаментів)	Без обмежень				
Дистанційні консультації	Медичні установи (далі – МУ) У Групи В				

	лікаря (телефон, Viber, Skype, інші медичні застосунки)			
	▪ 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 /інструмента льних досліджень)	МУ Групи С	МУ Групи В/А* - діти МУ Групи В - дорослі	МУ Групи А/В
	▪ 100% сплати вартості послуг Страховиком		Без обмежень	
	Відкладене стаціонарне лікування (в т.ч. Сплата медикаментів та будь-яких лабораторних /інструмента льних досліджень)	Не перед бачено	Не передбачено	МУ Групи А/В
	Співоплата**			1 раз/рік
	Консультації лікаря в поліклініці (в т.ч. При наявності лабораторно підтверджен ого діагнозу		МУ Групи В	МУ Групи А/В

		<i>COVID-19)</i>			
		Співоплата**		Без обмежень	
		Консультації лікаря вдома		Не перед бачено	Група В
		Співоплата**		5 раз на рік	Група А/В
		Лабораторні дослідження		МУ Групи В	МУ Групи А/В
		Співоплата**		Без обмежень	
		Малі інструментальні дослідження при амбулаторному лікуванні (усі, окрім МРТ, КТ, досліджень із анестезією та контрастом)		МУ Групи В	МУ Групи А/В
		Співоплата**		Без обмежень	
		Великі інструментальні дослідження при амбулаторному лікуванні (МРТ, КТ, дослідження із анестезією та/або контрастом)		Не перед бачено	МУ Групи А/В
		Співоплата**		Без обмежень	Без обмежень
		Медикаменти при амбулаторному лікуванні		Не перед бачено	Аптечна мережа
		Співоплата**		Без обмежень	Без обмежень
<p>* 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.</p> <p>** Розмір співоплати зазначається в частині А Договору страхування.</p> <p>Перелік договірних медичних установ наведений на сайті</p>					

		<p>Страховика, на сторінці з інформацією про продукт «ARXiMED» за адресою: https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya-arximed.</p> <p>Кожна медична установа, в залежності від вартості лікування в цій установі, віднесена до певної групи. Медичні установи/заклади з найвищою ціною вартістю послуг відносяться до Групи А, з середньою ціною вартістю – 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.</p> <p>Обмеження страхування</p> <p>Не можуть бути застраховані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Особи віком від 1 до 11 місяців (включно) на дату укладення Договору страхування за програмами страхування «Silver», «Gold», «Silver Plus», «Gold Plus», за винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 2. Особи віком до 17 років (включно) на дату укладення Договору страхування за програмами страхування «Bronze», за винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 3. Особи віком від 76 років (включно) на дату укладення Договору страхування за всіма програмами страхування, за винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 4. В якій на дату укладання договору в анамнезі є (вона хворіла, в неї діагностували та проводилось лікування протягом останніх 3х (трьох) років) інсульт та інфаркт головного мозку, інфаркт міокарду, злоякісні новоутворення, туберкульоз, алкоголізм, проводилось лікування наркоманії, психічних розладів та захворювань, хронічної ниркової або легеневої недостатності, бронхіальної астми. 5. Особи які перебувають на стаціонарному лікуванні та потребують медичної допомоги на момент укладання договору. 6. Особи які є військовослужбовцем, співробітником правоохоронних органів.
9	Територія та строк дії договору страхування	<p>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. Максимальний строк дії договору страхування – 1 рік.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Страхова сума на одну Застраховану особу на річний період дії Договору страхування становить від 100 000 грн. до 500 000 грн. Ліміти відповідальності Страховика по кожній медичній опції встановлюються в залежності від умов програм страхування.</p>

11	Франшиза	<p>Франшиза (безумовна) встановлюється для окремих програм та опцій у розмірі від 0 до 40%.</p> <p>Співоплата – співвідношення розміру, який сплачує Страховик та Застрахована особа/Опікун Застрахованої особи медичній установі за отримані медичні послуги та/або медикаменти та/або товари медичного призначення за страховим випадком, в об'ємі передбаченому Програмою страхування. Розмір такого співвідношення обирає Страхувальник перед укладанням Договору із запропонованих варіантів та вказаний в Договорі страхування.</p> <p>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.</p> <p>При безперервному страхуванні на другий і наступні страхові роки щодо Застрахованої особи та сплаті страхових платежів «Період очікування» не застосовується.</p> <p>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»).</p> <p>Тривалість одного страхового випадку – 30 днів з первинної дати звернення. Курс будь-якого лікування в межах випадку – до 14 днів.</p>
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Розраховується виходячи зі страхового платежу, який встановлюється за кожною програмою страхування в договорі страхування та страхової суми. Річний страховий платіж становить від 1 296 гривень до 69 040 гривень в залежності від програми страхування та віку Застрахованої особи.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страховий платіж сплачується Страхувальником відповідно до обраної періодичності (Частини А Договору страхування) у грошовій одиниці України шляхом зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Страховика у строк згідно з (Частини А Договору страхування).</p>
14	Обов'язки сторін	<p>Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором; • 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; • Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку; • Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика

		<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повідомити Застраховану особу про укладення Договору страхування на її користь; • Дотримуватись умов Договору; • Повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дати настання суттєвих змін в діяльності Страхувальника, наданій Страхувальником в анкеті (опитувальнику), подавши оновлену анкету (опитувальник) та підтверджуючі документи на виконання вимог законодавства України щодо запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. <p>Страховик зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Загальними умовами страхового продукту, розміщеними на сайті Страховика; • Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати; • Здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором; • Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом; • За письмовим запитом Страхувальника протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати отримання запиту надавати йому звіт фактичних страхових та заявлених виплат, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованої особи на дату запиту звіту. • У випадку зміни платіжних відомостей/реквізитів Страховик зазначає нові платіжні реквізити, про що повідомляє Страхувальника в електронний спосіб, шляхом направлення відповідного повідомлення на номер телефону або адресу електронної пошти Страхувальника (його представника), що вказаний в Договорі.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика:</p> <p>У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням частки витрат, яка пов'язана безпосередньо з укладанням та виконанням умов Договору, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та заявлених але не сплачених страхових виплат; • якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням

		<p>Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.</p> <p>У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю; • якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням частки витрат, яка пов'язана безпосередньо з укладанням та виконанням умов Договору, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат. • Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика. • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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; • пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об'явлені на території України після укладення Договору. <p>Умови використання права Страхувальника на відмову від договору страхування передбачаються ст. 107 Закону України «Про страхування».</p>
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>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:</p> <p>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 застосунку «MyARX», Viber або Telegram (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: сma@arx.com.ua, Viber:</p>

		<p>viber.com/medicalsupport, Telegram:@MedicalSupportBot) наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прізвище, ім'я Застрахованої особи та дату народження; • Детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги; • Контактний телефон. <p>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.</p> <p>Медична допомога, за умовами Програми страхування, надається медичною установою при наявності Договору та/або інформації по Договору з мобільного застосунку «MyARX», документу, що посвідчує Застраховану особу на підставі гарантії Асистансу.</p> <p>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: https://arx.com.ua/produkty/medychnestrakhuvannya-arximed.</p> <p>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.</p>
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	<p>Страховик здійснює страхову виплату, при умові дотримання процедури згідно Частини В Договору страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів та товарів медичного призначення, медичним закладам, що надали медичну допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування; • Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у разі самостійної сплати нею послуг та медикаментів. <p>Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, 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.</p> <p>Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати медичним закладам визначений договорами між Страховиком та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.</p> <p>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.</p> <p>Перелік документів для отримання страхового</p>

відшкодування, що підтверджують страховий випадок та понесені витрати, які Застрахованій особі або її уповноваженим представникам необхідно надати Страховику:

- 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 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.

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

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

- 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;

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

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

- оригінали платіжних документів з медичних та аптечних

закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів.

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

- копію ліцензії на право надання таких послуг;
- копію свідоцтва про державну реєстрацію;
- копію свідоцтва про сплату єдиного податку/ податку на додану вартість.

До розгляду можуть бути прийняті копії документів, в тому числі в електронному вигляді.

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.

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.

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.

Розмір страхової виплати визначається програмою страхування, яка наведена у Частині С Договору.

Документи на страхову виплату, перелік яких зазначений в Частині В Договору, необхідно надати представнику Страховика за адресою: **Центр виплат АТ СК «АРКС», 03124, м.Київ, вул. Вацлава Гавела, 6, літера «З» або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.**

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.

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

Страховик не відшкодовує витрати на медичну допомогу та медикаменти, які виникли до початку дії Договору або після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії Договору, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням, розпочався в період

		<p>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.</p> <p>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 порушенні 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</p>
19	<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>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 Частини В Договору страхування та на покриття послуг, не передбачених програмою страхування.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани; • 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; • вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки; • променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені; • психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну; • вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (в тому числі катаракта, атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз, дорсопатії та інше, окрім надання невідкладної медичної допомоги); • особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 1724 від 09.10.24 (https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1724282-24#Text) та Лепра, в тому числі будь-які діагностичні обстеження для виявлення коронавірусної інфекції COVID-19 спричинені вірусом SARS-CoV-2, якщо інше не передбачено Програмою страхування; • вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу

Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;

- ожиріння;
- аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції;
- будь – які послуги спрямовані на настання, спостереження та переривання вагітності та пологів, а також наслідки вагітності/пологів;
- TORCH - інфекції та носійство, окрім стаціонарної допомоги при гострих станах;
- венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом;
- алергічні захворювання, окрім надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке;
- захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 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.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

- недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря;
- створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
- отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування, отримання послуг у медичних закладах не передбачених Програмою страхування та/або попередньо не погоджених з Асистансом.

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:

- хронічна ниркова та печінкова недостатність;
- злякисні та доброякісні новоутворення;
- туберкульоз;
- цукровий діабет, його ускладнення та інші ендокринні захворювання, що вимагають замісної терапії, окрім надання невідкладної медичної допомоги;
- захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашютним спортом, гірськолижним спортом та активним відпочинком на гірськолижних курортах тощо);
- хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, хронічний геморой);
- дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
- системні захворювання сполучної тканини;
- дерматологічні захворювання в т.ч. псоріаз, екзема, себорея, алопеція, атопічні та алергічні дерматити, порушення потовиділення, ламкість нігтів та інші захворювання шкіри та придатків шкіри;
- гінекологічні захворювання, а саме: кісти, поліпи жіночих статевих органів, ерозії, дисплазії, ектропіони шийки матки, аденоміоз, ендометріоз, фіброміома, міома матки та придатків тощо;
- анемія;
- мігрень, епілепсія.

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

- 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, ендпротезування, 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: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.; гідроклонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, алергопроби, імунограми; ліпідограма (якщо інше не передбачено Програмою страхування); ЛФК (лікувальна фізкультура), окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару;

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

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

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

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

- 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).

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

- будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; офіційно не зареєстрованих на 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;

		<p>вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	Письмова з електронним підписанням
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	Відокремлені підрозділи АТ «СК «АРКС», страхові посередники, банки
23	Інша інформація про страховий продукт	Договір не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором.
24	Посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	<p>https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya-arximed Загальні умови стандартного страхового продукту «Медичне страхування» актуальні на дату укладання договору страхування розміщені за посиланням https://arx.com.ua/publichna-ta-finansova-informatsiya - ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ</p>