

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«Медичний консьєрж»
за програмами страхування «Приват PRO», «Спільна PRO»

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	АТ «СК «АРКС» Код ЄДРПОУ: 20474912
3	Номер і дата витягу з Реєстру	№ 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	За всіма програмами страхування клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» (далі – клас страхування 2). Предметом Договору страхування (далі – Договір) 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 Договором страхування є здоров'я та працездатність Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим випадком за Договором є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистансу з метою телефонного консультування («Медичний консьєрж») та до медичного закладу за направленням Асистансу з метою одержання медичних послуг, а саме: телемедичних консультацій та невідкладної швидкої медичної допомоги в результаті загальних захворювань або нещасного випадку, в тому числі: опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння. Страхові ризики за всіма програмами є: - захворювання Застрахованої особи; - розлад здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. Обмеження страхування: Не можуть бути Застрахованими особи: 1. які не є клієнтами Страхувальника.

9	Територія та строк дії договору страхування	Територія надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку - Україна, крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь та територій України, на яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, територій (населених пунктів), що розташовані на лінії зіткнення, на яких ведуться (велися) бойові дії або які перебувають в оточенні (блокуванні), територій, тимчасово окупованих Російською Федерацією, а також місцевостей, на території яких встановлено режим надзвичайної ситуації або існує загроза її виникнення, та/або введено надзвичайний стан та територій, що зазнали впливу небезпечних подій техногенного чи природного характеру і щодо яких встановлено особливий режим проживання чи обмеження доступу незалежно від причин виникнення таких подій. Лікування за межами території України: • телемедичні консультації (ТМК) Застрахована особа може отримати, перебуваючи за межами території України. Строк дії Договору 1 (один) рік. Дія Договору продовжується (лонгується) на 12 місяців, з кожним наступним продовженням (лонгацією) на 12 місяців на умовах, визначених Договором, якщо жодна із Сторін Договору не заявить про намір його припинити та Страхувальником сплачуються страхові платежі в кожному наступному році страхування. Договір складається з 12 місячних періодів страхування. Договір вступає в дію з моменту підписання Договору.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Програма «Приват PRO»: • Страхова сума на Застраховану особу - 10 000 грн. на рік; • Страхова сума за Договором - 10 000 грн. на рік; • Кількість Застрахованих - 1. Програма «Спільна PRO»: • Страхова сума на Застраховану особу - 10 000 грн. на рік; • Страхова сума за Договором - 30 000 грн. на рік; • Кількість Застрахованих – 1-5. 10.1.1. Загальна страхова сума за Договором та Страхова сума за кожною Застрахованою особою є агрегатною, тобто зменшується після здійснення Страхової виплати за будь-яким ризиком на суму здійсненої Страхової виплати.
11	Франшиза	
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Річний страховий тариф: • Програма «Приват PRO»: 1,848% • Програма «Спільна PRO»: 1,848% Річний страховий платіж: • Програма «Приват PRO»: 184,80 грн. • Програма «Спільна PRO»: 554,40 грн.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України. Страховий платіж за перший місячний період страхування сплачується протягом трьох робочих днів з дати укладання Договору. Страховий платіж за другий та наступні місячні періоди страхування сплачується Страхувальником протягом 3-х

		робочих днів з дати початку дії відповідного місячного періоду страхування, але в будь-якому разі не пізніше дати завершення відповідного місячного періоду страхування. Страховий платіж сплачується виключно Страхувальником. Застрахована особа не несе зобов'язань щодо сплати страхового платежу.
14	Обов'язки сторін	Страховик зобов'язаний: • ознайомити Страхувальника з умовами Договору та ЗУСП; • визнати дійсним страхове покриття по відношенню до Застрахованих осіб зазначених в цьому Договорі з дня укладення Договору; • протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати; • при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, в строк передбачений даними ЗУСП та Договором страхування; • не розголошувати відомості про Страхувальника/Застраховану особу і його майнове становище, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України; • повідомити Страхувальника про зміну реквізитів для сплати страхових платежів шляхом направлення відповідного повідомлення на адресу електронної пошти Страхувальника (його представника) що вказані в Договорі. • за невиконання чи неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України. • під час укладення та виконання Договору страхування Страховик, Страхувальник, Застраховані особи, Вигодонабувачі зобов'язані дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є таємницею страхування. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний: • своєчасно вносити страхові платежі в терміни, обумовлені Договором; • при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику та виконати всі умови розділу 5 цих ЗУСП; • під час дії Договору інформувати Страховика у будь-який спосіб 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; • на вимогу Страховика надати оригінали документів, у строк визначений Страховиком, у разі якщо Страхувальник/Застрахований надавав копії документів та/або електронні копії оригіналу паперового документу; • дотримуватись умов Договору; • відповідно до чинного законодавства, отримати згоду на

		страхування та використання персональних даних застрахованої особи, на користь якої укладається договір страхування. Застрахована особа: • набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування; • зобов'язана повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в термін, передбачений умовами договору страхування.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною згодою Сторін. 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. Про намір внести будь-які зміни до умов Договору, Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору за ініціативою Страховика, Страховик зобов'язаний повідомити Страхувальника не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати такого припинення. Про намір достроково припинити дію Договору за ініціативою Страхувальника, Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика не пізніше дати такого припинення. У разі дострокового припинення дії Договору за ініціативою Сторін Договір припиняє свою дію з дати, зазначеної в повідомленні про припинення Договору . Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність: • за згодою Сторін; • у разі ліквідації Страховика або Страхувальника у порядку, встановленому законодавством України. Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України; • у разі прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним; • у разі несплати Страхувальником страхового платежу за відповідний місячний період страхування до завершення такого місячного періоду страхування; • відмови Страхувальника від Договору; • закінчення терміну дії договору страхування; • виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником та/або Застрахованими особами у повному обсязі; • в інших випадках, передбачених законодавством України. Дія страхового захисту по відношенню до Застрахованої особи може бути достроково припинена за ініціативою Сторін або Застрахованої особи.

		Дія страхового захисту відносно Застрахованої особи припиняється у разі: • смерті Застрахованої особи; • припинення дії Договору в цілому; • відмови Застрахованої особи від страхування; • виконання Страховиком своїх зобов'язань за Договором перед Застрахованою особою в повному обсязі, в тому числі вичерпання страхової суми або лімітів по Договору; • несплати страхового платежу Страхувальником в порядку, передбаченому Договором. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, Страховиком здійснюється розгляд та врегулювання таких страхових випадків. У разі припинення дії Договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	При виникненні у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто перед зверненням до медичної установи, за телефоном до Страховика (його представника) або Асистансу, електронним повідомленням, за допомогою електронної пошти, чату на веб-сайті Страховика, мобільного застосунку «MyARX», програм-месенджерів, відомості про яких наведені в договорі страхування / страховому полісі (страховому свідоцтві, сертифікаті), або у інший спосіб, передбачений в Договорі страхування: Для отримання «Дистанційного консультування лікаря» Застрахована особа має звернутися у чат-бот Асистансу. Для виклику швидкої та невідкладної медичної допомоги, а також консультацій з інших медичних питань - звернутися до Асистансу за телефоном (044) 498 03 06. При зверненні до Асистансу потрібно повідомити наступну інформацію: • номер Сертифіката застрахованої особи; • прізвище та ім'я Застрахованої особи; • детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги; • контактний телефон. Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками. Спеціаліст Асистанса проводить ідентифікацію Сертифікату Застрахованої особи, надає консультації та за необхідності організовує послуги, передбачені Опціями Програми, в тому числі рекомендує Медичні заклади згідно з списком Страховика, в яких Застрахованій особі буде надана необхідна медична допомога відповідно до Програми страхування. Застрахована особа має право обрати будь-який Медичний заклад з числа рекомендованих Асистансом. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.

		Медична допомога надається на підставі гарантії Асистансу та пред'явленні документу, що посвідчує особу.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення – у разі, якщо це передбачено Програмою) Медичним закладам згідно зі списком Страховика, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування. Відшкодування у разі самостійної сплати Застрахованою особою послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення) не передбачено умовами Договору страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів та акту виконаних робіт, що підтверджують факт отримання послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення) Застрахованою особою та їх вартість в строк, обумовлений договорами про співпрацю з Медичними закладами. У випадку оплати послуг, наданих Медичним закладом зі списку Страховика за рекомендацією та/або гарантією Асистансу, заявою Застрахованої особи на здійснення страхової виплати є Акт виконаних робіт Медичного закладу зі списку Страховика. Такий Акт виконаних робіт Страховик зобов'язаний отримати у Медичних закладів зі списку Страховика самостійно. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат. Застрахована особа має право вимагати від Страховика оплати вартості послуг та/або медикаментів (товарів медичного призначення), виходячи із Програми страхування в обсязі, що передбачений Договором. Розмір страхової виплати визначається лімітами, вказаними в Програмі та Страховою сумою. Страховик не сплачує витрати в передбаченому Договором страхування порядку, які виникли поза межами терміну дії страхового покриття або достроковому припиненні дії Договору по відношенню до Застрахованої особи, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням, розпочався в період дії Договору. В даному випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору по Застрахованій особі або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж 10 (десяти) календарних днів після закінчення дії Договору. 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. Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистанській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо: • Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) вчинили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача), встановлюється відповідно до чинного законодавства України; • Застрахованою особою вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку; • Страхувальник (Застрахована особа) несвоєчасно повідомили про настання страхового випадку без поважних на це причин або створювали Страховикові перешкоди у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування та/або перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків; • Страхувальник відмовляється передати Страховику отриману згоду Застрахованої особи та/або законних представників застрахованої дитини на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан її здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, оформлені по формі та змісту визначених законодавством України та/або країни, де дана згода підлягає наданню. • в інших випадках передбачених законодавством України. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема, але не виключно: • Страхувальник (Застрахована особа) не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, передбачені ЗУСП або договором страхування; • ненадання Страхувальником та/або Застрахованою особою та/або законними представниками застрахованої дитини обумовлених Договором документів, зокрема, але не виключно згоди, оформленої у спосіб, строки та по формі

		і змісту визначених Страховиком, в тому числі з урахуванням вимог законодавства України, на передачу Страховику, та право отримання і використання Страховиком, у тому числі передачу Страховиком третім особам на свій розсуд, достовірної і повної інформації, у тому числі медичних документів та медичної інформації, що становлять та/або містять лікарську таємницю та конфіденційну інформацію, про стан свого здоров'я та/або стан здоров'я застрахованої дитини, зокрема, але не виключно щодо фактів звернення за медичною допомогою, діагнозів, хвороб, медичних обстежень, оглядів та їх результатів, інтимну і сімейну сторони життя, прогнозів можливого розвитку захворювань, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, а також про відомості та висновки, одержані при медичному обстеженні та/або дослідженні причин смерті, в разі її настання. Страховик, при необхідності, запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком, в компетентних органах, медичних закладах, у правоохоронних органах і інших закладах і організаціях, що мають інформацію про настання та обставини страхового випадку, а також, самостійно з'ясовує причини й обставини страхового випадку. Застрахована особа зобов'язана надати Страховику усі необхідні документи. Ненадання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті як в цілому, так і в частині. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку. Не визнаються страховими випадками витрати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, крім: • надання невідкладної швидкої медичної допомоги в межах ліміту, визначеному Програмою; • дистанційних (телемедичних) консультацій, в межах ліміту, визначеному Програмою. • Не визнається страховим випадком будь-яка медична допомога з приводу: • СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунodefіцитні стани; • алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень; • онкологічні захворювання (доброякісні, в тому числі шкіри та придатків шкіри, та злоякісні новоутворення), цукровий діабет, окрім діабетичної коми, туберкульоз; • лепра; • 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;
--	--	--

		• вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання; • особливо небезпечні інфекції згідно з переліком, наведеним у Наказі МОЗ України № 1724 від 09.10.24; • вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки; • аменорея, гіпоменорея, гіперменорея (окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги), гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статеві функції, • будь – які послуги спрямовані на настання та ведення вагітності та пологів (окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги); • TORCH - інфекції та носійство; • венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом; • алергічні захворювання, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке; • хронічна ниркова та печінкова недостатність; • ендокринні захворювання; • захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо) окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги; • хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, геморої будь-якої стадії); • дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи; • системні захворювання сполучної тканини; • захворювання крові та анемії; • мігрень (як основне захворювання); • епілепсія окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги; • дерматологічні захворювання; • гінекологічні захворювання, а саме кісти і поліпи жіночих статевих органів, ерозії, дисплазії, ектропіони шийки матки, аденоміоз, ендометріоз, фіброміома, міома матки та придатків, тощо окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги; • косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури; • будь-яка стоматологічна допомога; • екстракорпоральні методи лікування: плазмафореz, плазмасорбція, плазмаімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофореz і т.п.; • будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком; • надання медичної допомоги внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні, окрім надання невідкладної швидкої медичної допомоги;
--	--	--

		• захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); • захворювання та травми, що настали внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу в тому числі загибель або отримання травм Застрахованою особою виключно в результаті прямого та/або опосередкованого впливу ракет, безпілотних літальних апаратів будь-яких типів (надалі – БПЛА) та/або їх уламків, літальних боєприпасів, засобів протиповітряної оборони, засобів протиракетної оборони, якщо на дату настання випадку територія страхування буде знаходитись в межах територіальних громад, що не входять до територій, на яких ведуться (велися) бойові дії, територій активних або можливих бойових дій, територій України, тимчасово окупованих російською федерацією. • захворювання та травми, що настали 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 у випадку подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації. Страховик не організовує та не здійснює фінансування: • імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів, корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкцій для остеосинтезу, в т.ч. фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, наборів для артроскопії, стентування, коронарографії, небулайзери.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Письмова з паперовим підписанням
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	АТ «СК «АРКС» , відокремлені підрозділи АТ «СК «АРКС» .
23	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт 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 Договором.

24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://arx.com.ua/partners-produkty/medichnij-konsyerzh Загальні умови стандартного страхового продукту «Медичний конс'єрж» актуальні на дату укладання договору страхування розміщені за посиланням - https://arx.com.ua/publicna-ta-fiansova-informatsiya?tab=zusp ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ
----	---	--