

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«Медичне страхування»
за програмами: «Медицина без меж» та «Медицина без меж. Онкологія»

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	Клас 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. Об'єктом страхування за Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	В продукт включаються такі ризики в межах 2 класу страхування: <ul style="list-style-type: none"> • медичне страхування. Страховим випадком визнається настання критичного захворювання у Застрахованої особи під час дії Договору страхування: вперше виявлені в період дії Договору страхування захворювання та/або стани. Страхові ризики за програмою «Медицина без меж» та «Медицина без меж.Онкологія»: <p>8.1 Рак (злоякісне новоутворення) - це будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень.</p> Виключеннями зі страхового покриття по ризику «Рак (злоякісне новоутворення)» є: <ul style="list-style-type: none"> • Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни: Рак in situ (Рак in situ - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні

		<p>тканини), включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; • Захворювання шкіри наступних типів: <ul style="list-style-type: none"> ○ Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома; ○ Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; • Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); • Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона; • Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L). <p>Страхові ризики тільки за програмою «Медицина без меж»:</p> <p>8.2 Кардіохірургія – планові операції, спрямовані на відновлення кровотоку в артеріях серця, минаючи ділянку зменшення (блокування) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою шунтування; заміни або лікування одного або більше клапанів серця; операції ангіопластики, стентування, хірургічне лікування порушень серцевого ритму відповідно до медичної рекомендації кардіолога.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Діагноз встановлюється вперше протягом періоду дії Договору страхування і підтверджується результатами тестування. • Заміна або відновлення одного чи більше клапанів серця відбувається за рекомендацією кардіолога незалежно від того, чи проводиться це за допомогою відкритої операції на грудній клітці, малоінвазивного методу або за допомогою серцевого катетера. • Катетеризація серця не включається до страхового покриття. <p>8.3 Нейрохірургія – будь-яке планове хірургічне втручання, рекомендоване нейрохірургом, на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, а також хірургічне втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку та його оболонок.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Діагноз, який став причиною операції, повинен бути встановлений вперше протягом безперервного страхового періоду. • Нейрохірургічні операції не включають хірургічні втручання, що проводяться у зв'язку із захворюваннями, що виникли в результаті травматичних ушкоджень, іншими захворюваннями спинного мозку та його оболонок, вродженими вадами, крім доброякісних пухлин спинного мозку. • Під хірургією мається на увазі інвазивна операція, що проводиться в стаціонарі (включаючи стаціонар денного перебування), яка проникає в тканини з метою лікування захворювання Застрахованої особи.
--	--	---

		<p>8.4 Трансплантація (від живого донора) – означає проведення від людини до людини трансплантації нирки, серця, легенів, підшлункової залози або щонайменше однієї частки печінки від донора до Застрахованої особи. Також покривається трансплантація кісткового мозку.</p> <p>Виключеннями зі страхового покриття по ризику «Трансплантація (від живого донора)» є:</p> <ul style="list-style-type: none"> • аутологічна трансплантація та трансплантація будь-яких інших органів, крім зазначених вище, частин органів (за винятком частки печінки), тканин або клітин; • зубні імпланти. <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 винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 2. Особи віком від 65 років (включно) на дату укладення Договору страхування, за винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 3. Особи віком від 74 років (включно) на дату пролонгації Договору страхування, за винятком випадків коли на укладання такого Договору страхування є індивідуальне письмове андерайтерське погодження. 4. Особи, що знаходяться поза межами України на момент укладання Договору. 5. Особи, що не заповнили медичну декларацію.
9	Територія та строк дії договору страхування	<p>Надання медичної допомоги за ризиками здійснюється в таких країнах: Іспанія, Ізраїль, Польща, Туреччина та Україна (крім територій, які офіційно визнані зонами військових дій (збройних конфліктів), антитерористичних операцій, операції об'єднаних сил, місцевості, де офіційно об'явлено надзвичайний стан або загрозу стихійного лиха, які визнано зонами відчуження внаслідок аварії на ЧАЕС, території АР Крим, а також населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населених пунктів, що розташовані на лінії зіткнення та в зоні проведення Операції Об'єднаних Сил.).</p> <p>Територія надання медичної допомоги з трансплантації – весь Світ.</p> <p>Мінімальний строк дії договору страхування – 1 рік.</p> <p>Договір страхування може бути укладений на кожний наступний рік (12 календарних місяців) за згодою Страхувальника на умовах, що діють на момент укладення первинного договору страхування або на нових умовах. При цьому строк дії нового Договору продовжується на наступні 12 (дванадцять) календарних місяців з 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії цього Договору.</p>

10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Страхова сума на річний період дії Договору страхування становить 500 000 Євро.</p> <p>Ліміт на транспортування та проживання – 10 000 Євро.</p> <p>Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи – 5 000 Євро.</p> <p>Витрати на імплантацію в наслідок злоякісних новоутворень - 15 000 Євро на рік на один страховий випадок.</p> <p>Витрати на пошук донорського органу - 25 000 Євро.</p> <p>Витрати на транспортування до місця проведення трансплантації та повернення назад – 5 000 Євро.</p> <p>Лише за програмою страхування «Медицина без меж»: Витрати на транспортування спеціальним медичним транспортом та витрати на сухопутний переїзд з аеропорту в лікарню - 25000 Євро.</p> <p>Витрати на проживання для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою– 55 000 Євро.</p> <p>Витрати на доставку лікаря-фахівця в країну постійного проживання Застрахованої особи- 120 000 Євро.</p>
11	Франшиза	<p>Франшиза не застосовується. При укладені договору перший раз передбачений період очікування до 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування, при пролонгації – період очікування не застосовується. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.</p>
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<p>Страховий тариф – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Річний страховий тариф за програмою страхування «Медицина без меж» знаходиться у межах від 0,0118% до 0,3234% в залежності від програми страхування та віку застрахованої особи.</p> <p>Річний страховий тариф за програмою страхування «Медицина без меж. Онкологія» знаходиться у межах від 0,003% до 0,2754% в залежності від програми страхування та віку застрахованої особи.</p> <p>Страхова премія за рік на одну Застраховану особу для програми страхування «Медицина без меж» встановлюється в гривневому еквіваленті в розмірі від 59 Євро до 1617 Євро за річний період в залежності від віку застрахованої особи.</p> <p>Страхова премія за рік на одну Застраховану особу для програми страхування «Медицина без меж. Онкологія» встановлюється в гривневому еквіваленті в розмірі від 15 Євро до 1377 Євро за річний період в залежності від віку застрахованої особи.</p>
13	Порядок та строки сплати страхової премії	<p>Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України за курсом НБУ на дату укладання Договору по відношенню до кожної Застрахованої особи шляхом безготівкового перерахування грошових коштів з банківського рахунку Страхувальника на поточний банківський рахунок Страхувика.</p>
14	Обов'язки сторін	<p>Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику; • Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки передбачені Договором страхування • Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг; • Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів; • 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. <p>Страховик зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами; • Надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом; • Тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану здоров'я, майновий стан та умови Договору страхування за винятком випадків, передбачених чинним законодавством; • При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк; • При відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі/Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>Дія договору страхування може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика:</p> <p>У випадку дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, який передбачено Договором страхування, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.</p> <p>У випадку дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик</p>

		<p>повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених Договором страхування, а також страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.</p> <p>Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.</p> <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>Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:</p> <ul style="list-style-type: none"> • протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника спосіб, зокрема за виділеною телефонною лінією 0444980301. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення. • надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd. <p>Застрахована особа буде проінформована про необхідність надати результати всіх діагностичних тестів і досліджень і історії хвороби, необхідних для прийняття рішення про визнання випадку страховим.</p> <p>Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування, Страховик/представник Страховика може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заява про подію та на виплату; • Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження, окрім випадків, передбачених Договором страхування. <p>Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови.</p> <p>При фіксації Заяви про подію та на виплату Страхувальник зобов'язаний надати Страховику повну та достовірну</p>

		<p>інформацію щодо обставин події, що має ознаки страхового випадку.</p> <p>З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи; копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;</p> <p>Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;</p> <p>Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.</p> <p>Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку, та документів, передбачених Договором страхування, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. Але, у випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або представник Страховика – компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованої особи. При цьому,</p>
--	--	---

		<p>рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованої особи.</p>
18	<p>Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат</p>	<p>У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.</p> <p>У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених цим Договором, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.</p> <p>Протягом цього терміну компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої Програмою страхування даного Договору.</p> <p>У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в Договорі, прийняв рішення про виплату за страховим випадком, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Застрахованій особі листа з електронним підписом на електронну адресу Застрахованої особи, яка вказана у Медичній декларації чи в іншому документі наданому Страховику або поштою на адресу Застрахованої особи, яка зазначена в цьому Договорі.</p> <p>Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо обраної нею лікарні, компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.</p> <p>Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, не відшкодовуються Страховиком.</p> <p>Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у лікарняному закладі, за погодженням Страховика, не відшкодовуються Страховиком.</p> <p>Страховик розраховує страхову виплату за страховим випадком у розмірі покриття фактично понесених витрат, визначених умовами даного Договору відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, у межах страхової</p>

		<p>суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, передбачених умовами даного Договору.</p> <p>Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені умовами даного Договору, покриваються шляхом перерахування коштів представником Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі безпосередньо спеціалізованій установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.</p>
19	<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>19.1. Згідно умов програми страхування страхова виплата не здійснюється у разі:</p> <p>19.1.1. Якщо виявлено захворювання та/або медичний стан, який не зазначений в договорі та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, не визначені Договором;</p> <p>19.1.2. Якщо послуги, що перераховані у договорі, були надані після закінчення строку дії Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору;</p> <p>19.1.3. Якщо необхідність надання Застрахованій особі послуг виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;</p> <p>19.1.4. Якщо послуги прямо не передбачені даною програмою страхування;</p> <p>19.1.5. Необхідності психохірургії;</p> <p>19.1.6. Необхідності лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;</p> <p>19.1.7. Необхідності лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;</p> <p>19.1.8. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами Програми страхування;</p> <p>19.1.9. Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках програми страхування;</p> <p>19.1.10. Необхідності послуг, що виконуються з приводу усіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);</p> <p>19.1.11. Необхідності послуг, пов'язаних з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду.</p>

		<p>19.1.12. Рак in situ – злоякісна пухлина, яка обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини;</p> <p>19.1.13. Якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).</p> <p>19.1.14. поважних причин у встановлений Договором строк, документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком, і здійснення страхової виплати;</p> <p>Інші виключення наведені в Договорі страхування</p>
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	Письмова з паперовим або електронним підписанням
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	Відокремлені підрозділи АТ «СК «АРКС», страхові посередники, банки
23	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору страхування за цим страховим продуктом відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором страхування.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	<p>https://arx.com.ua/produkty/medychne-strakhuvannya/medytsyna-bez-mezh</p> <p>Загальні умови стандартного страхового продукту «Медичне страхування» актуальні на дату укладання договору страхування розміщені за посиланням https://arx.com.ua/publiczna-ta-finansova-informatsiya - ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ</p>