

**ПРОПОЗИЦІЯ  
щодо укладення договору медичного страхування  
за стандартним страховим продуктом  
«ОНКОЗАХИСТ»**

Ця Пропозиція щодо укладення договору медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист» від **21.06.2024 № РВ-MD.2024-1** (далі – Пропозиція) адресується Страховиком невизначеному колу фізичних осіб, які можуть бути страхувальниками відповідно до законодавства (далі – Клієнти), укласти із Страховиком Договір медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист» (далі – Договір) шляхом приєднання до цієї Пропозиції на індивідуально визначених умовах, встановлених індивідуальною частиною Договору (далі – Поліс). Невід’ємними частинами Договору є Поліс (індивідуальна частина Договору) та Пропозиція (публічна частина Договору) з Додатком № 1. Технологія, порядок укладення і підписання Договору визначено у Розділі 15 Пропозиції. Строк дії цієї Пропозиції визначено в Розділі 18 Пропозиції.

**1. СТРАХОВИК: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРКС»**

---

Страхування здійснюється на підставі ліцензії, яка внесена НБУ до Державного реєстру фінансових установ 24.04.2024 року (номер витягу 27-0024/31759); місцезнаходження 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8; код ЄДРПОУ 20474912; контактні дані для цілей врегулювання подій, що мають ознаки страхових випадків: телефон (044) 498 03 01, e-mail: [unit-settlem-losses-ukr@arx.com.ua](mailto:unit-settlem-losses-ukr@arx.com.ua); веб-сайт: <https://arx.com.ua/>

**2. СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,**

укладає Договір страхування від імені та в інтересах Страховика на підставі Договору доручення на виконання страхових агентських послуг №000007451П від 17 листопада 2017 року.

Страховий агент підлягає внесенню до Реєстру НБУ з 01.01.2025, після чого відомості про внесення до вказаного Реєстру зазначаються на вебсайті Страхового агента.

місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570

Контактні дані: 3700; веб-сайт: <https://www.privatbank.ua/>

**3. СТРАХУВАЛЬНИК**

---

Страхувальником за Договором є дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування. Ідентифікаційні дані Страхувальника зазначаються у п.3 Полісу.

**4. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ. ОБ’ЄКТ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВИЙ ІНТЕРЕС. ВИГОДОНАБУВАЧ**

---

4.1. Предметом цього Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов’язаного з об’єктом страхування (п.4.2 Пропозиції), Страховику на умовах, визначених Договором.

4.2. Об’єктом страхування за цим Договором є життя, здоров’я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5 Полісу (далі - Застрахована особа) та з яким пов’язані:

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

4.3. При укладенні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про наявність страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Договір укладається з особою, яка може бути Страхувальником відповідно до законодавства України, за умови наявності в потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної в Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) страхового інтересу, пов'язаного з об'єктом страхування. Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

4.4. Вигодонабувачем за Договором є: Медичний заклад та/або Асистуюча компанія, що надає медичні послуги Застрахованій особі за направленням Страховика. Якщо програмою страхування передбачена виплата Застрахованій особі – Вигодонабувачем є Застрахована особа (представник за законом або довіреністю, спадкоємець).

## 5. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

---

5.1. Цей Договір укладений його Сторонами про страхування третіх осіб, інформація про яких вказана в п.5 Полісу, за їх згодою. Інформація про Застрахованих осіб зазначається в п.5 Полісу у обсязі, достатньому для ідентифікації таких осіб при настанні події, що може бути визнана страховим випадком, та визначення розміру страхової виплати щодо кожної Застрахованої особи.

5.2. Застрахованою особою за Договором є фізична особа, вказана у п.5 Полісу, та яка надала письмову або усну згоду на укладення цього Договору на її користь.

5.3. Застрахована особа може бути застрахована за цим Договором за умови попереднього заповнення Декларації про стан здоров'я, що додається до Полісу та є невід'ємною частиною Полісу та Договору.

5.4. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника, передбачених цим Договором, окрім прав / обов'язків, які можуть належати Страхувальнику / бути виконані виключно Страхувальником. Обов'язок щодо сплати страхового платежу може бути покладено на Застраховану особу виключно за наявності її письмової згоди.

5.5. Підписанням Полісу в порядку, передбаченому умовами Розділу 15 Пропозиції, Страхувальник засвідчує, що повідомив Застрахованих осіб про укладення Договору на їх користь у спосіб, що надає можливість підтвердження факту здійснення такого повідомлення і Застраховані особи не заперечували щодо укладання Договору на їх користь.

5.6. Відсутність заперечень Застрахованих осіб та набрання чинності Договору стосовно цих осіб підтверджує, що Застрахована особа ознайомлена з цим Договором та Загальними умовами страхового продукту (п.17.2. Пропозиції), а також погоджується з наявністю у нього прав та обов'язків за цим Договором.

## 6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

---

6.1. Страховим ризиком за Договором є **критичне захворювання та/або стан**, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, з урахуванням періоду очікування (п.9.4. Пропозиції), а саме:

6.1.1. **захворювання на рак (злоякісне новоутворення)** Застрахованої особи (будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, та яке не є виключенням зі страхових випадків) та підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або – в разі системних ракових захворювань – цитологічними доказами відповідно до протоколів лікування;

6.1.1.1. в рамках страхового покриття за даним ризиком, передбаченим п.6.1.1. Полісу, для лікування злоякісного новоутворення внаслідок **лімфоми або лейкомії**, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту для

дітей віком від 1 до 18 років (включно) передбачено застосування **трансплантації кісткового мозку** на умовах, у випадках та з урахуванням лімітів, визначених Договором та Програмою страхового продукту;

6.1.2. інші випадки, передбачені Програмою страхового продукту, пов'язані з наданням асистуючих послуг у зв'язку з настанням страхового ризику за Договором, що передбачені Програмою страхового продукту (Додаток 1 Пропозиції).

6.2. Страховим випадком за Договором є отримання Застрахованою особою в Медичному закладі медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхового продукту за Договором, у зв'язку з настанням страхового ризику, зазначеного у п. 6.1. Полісу, протягом строку чинності Договору страхування, із врахуванням періоду очікування (п.9.4. Пропозиції) та не є виключенням зі страхових випадків.

6.2.1. Опис послуг, що підлягають організації та оплаті Страховиком (Асистуючою компанією) при настанні страхового випадку за обраною для Застрахованої особи Програмою страхового продукту (п.7.1. Полісу) наведено в Додатку №1 до Пропозиції.

6.2.2. У разі настання страхового випадку Застрахованій особі надаються асистуючі послуги (допомога /послуги), які відповідно до умов Договору можуть надаватися безпосередньо Страховиком, Асистуючою компанією або іншою особою, яка діє від імені, в інтересах та за дорученням Страховика на підставі відповідного договору та вимог законодавства, та можуть включати координацію дій Застрахованої особи та/або осіб, що надають допомогу/послуги в разі настання страхового випадку, організацію та контроль надання такої допомоги/послуг, а також виконання Асистуючою компанією або іншою особою, яка надає таку допомогу/послуги, інших дій від імені, в інтересах та за дорученням Страховика); на умовах Договору та Програми страхового продукту відшкодовуються понесені витрати в межах страхової суми на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами та/або інші пов'язані з настанням страхового випадку витрати), що передбачені Програмою страхового продукту (п.7.1. Полісу).

## 7. СТРАХОВА СУМА ТА/АБО ЛІМІТИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ. ФРАНШИЗА

7.1. **Розмір загальної страхової суми за Договором** зазначається у п.7.2. Полісу. Страхова сума залежить від обраної Страхувальником при укладенні Договору Програми страхового продукту, а саме:

Вік Застрахованої особи	Страхова сума та ліміти виплати за Програмою, грн	
	«Стандарт»	«Еліт»
<b>від 1 до 18 років (включно)</b>	<b>10 000 000 грн</b>	<b>12 000 000 грн</b>
в т.ч. ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії	<b>8 000 000 грн</b>	в межах страхової суми <b>12 000 000 грн</b>
в т.ч. ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ	<b>2 000 000 грн</b>	
<b>від 19 до 69 років (включно)</b>	<b>2 000 000 грн</b>	<b>12 000 000 грн</b>

7.2. Страхова сума за Договором є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою. У разі настання страхового випадку протягом строку дії Договору агрегатна страхова сума розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору страхування та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, якщо він стався в період дії Договору незалежно від дати його визнання. При цьому, якщо страхова сума буде використана повністю до завершення 365 днів з дати визнання випадку страховим, то відповідальність Страховика по

здійсненню страхових виплат за Договором припиняється, а зобов'язання Страховика щодо Застрахованої особи за Договором вважаються виконаними.

**7.3. Вид та розмір франшизи:** франшиза за Договором не застосовується.

## **8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ, УМОВИ, ПОРЯДОК ТА СТРОКИ ЇЇ СПЛАТИ**

8.1. Розмір страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та вказується в п.8.1. Полісу.

8.2. Розмір страхового тарифу змінюється при збільшенні віку Застрахованої особи та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи*	Річний страховий тариф за Програмою, %	
	«Стандарт»	«Еліт»
від 1 до 18 повних років (включно)	<b>0,01068%</b>	<b>0,0189%</b>
від 19 до 30 повних років (включно)	<b>0,06%</b>	<b>0,021%</b>
від 31 до 40 повних років (включно)	<b>0,09%</b>	<b>0,03%</b>
від 41 до 50 повних років (включно)	<b>0,18%</b>	<b>0,06%</b>
від 51 до 60 повних років (включно)	<b>0,45%</b>	<b>0,15%</b>
від 61 до 69 повних років (включно)	<b>0,84%</b>	<b>0,25%</b>

\* Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання / річної лонгації Договору страхування.

8.3. У разі досягнення протягом строку дії Договору страхування Застрахованою особою віку, за яким згідно з п. 8.2. Пропозиції передбачено більший страховий тариф, ніж страховий тариф за віком на дату укладання Договору, то Договір страхування продовжує діяти на визначених ним умовах до закінчення річного страхового періоду за Договором. Після припинення дії договору страхування Страхувальник має право укласти новий договір страхування із встановленням страхового тарифу та страхового платежу згідно своєї вікової категорії. Якщо укладення нового договору страхування у зв'язку зі зміною вікової категорії Застрахованої особи відбулося не пізніше 30 днів з дати завершення попереднього Договору страхування, то страхове покриття за новим Договором страхування діє без застосування періоду очікування, передбаченого умовами цієї Пропозиції.

8.3.1. В іншому випадку, якщо при лонгації Договору страхування на наступний річний страховий період з одночасною зміною вікової категорії Страхувальник самостійно не здійснив перехід на іншу вікову категорію – Договір страхування припиняє свою дію автоматично з дня, наступного після закінчення річного періоду страхування, в якому відбулася зміна вікової категорії.

8.4. Загальний страховий платіж за Договором зазначається у п.8.2. Полісу.

8.5. Розмір загального страхового платежу за Договором та страхового тарифу залежить від віку Застрахованої особи і обраної Програми страхового продукту та встановлюється в розмірі:

Вік Застрахованої особи	Страховий платіж за Програмою, грн			
	«Стандарт»		«Еліт»	
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік

від 1 до 18 повних років (включно)	89 грн	1 068 грн	189 грн	2 268 грн
від 19 до 30 повних років (включно)	100 грн	1 200 грн	210 грн	2 520 грн
від 31 до 40 повних років (включно)	150 грн	1 800 грн	300 грн	3 600 грн
від 41 до 50 повних років (включно)	300 грн	3 600 грн	600 грн	7 200 грн
від 51 до 60 повних років (включно)	750 грн	9 000 грн	1 500 грн	18 000 грн
від 61 до 69 повних років (включно)	1 400 грн	16 800 грн	2 500 грн	30 000 грн

#### **8.6. Відомості для сплати страхового платежу за Договором:**

**UA983052990000026509006200483 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 20474912.**

8.6.1. Порядок сплати загального страхового платежу за Договором (п.8.2. Полісу) залежить від кількості періодів страхування за Договором (п.8.3. Полісу). Страховий платіж за кожен період страхування згідно з п.8.4 Полісу сплачується з періодичністю згідно з п.8.5. Полісу у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного періоду дії Договору.

8.6.2. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика.

8.6.3. Під час сплати страхового платежу в призначенні платежу вказується наступне: «Страховий платіж за Договором № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_».

8.6.4. У випадку зміни платіжних відомостей (у випадку, якщо Договором передбачено сплату страхового платежу частинами) Страховик зазначає нові платіжні реквізити, про що інформує Страхувальника за допомогою ІТС Страховика / Страхового агента.

8.6.5. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи можуть стягувати комісію відповідно діючих тарифів.

### **9. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ПОРЯДОК ВСТУПУ ЙОГО В ДІЮ. ПЕРІОДИ СТРАХУВАННЯ**

9.1. Строк дії Договору страхування вказаний в п.9 Полісу.

9.1.1. Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин дати початку дії Договору, яка зазначена у п.9.1. Полісу, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному Полісом, на поточний рахунок Страховика.

9.1.2. Договір діє до 24:00 годин (за київським часом) дати, що зазначена у п.9.1. Полісу як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору, з урахуванням умов Договору щодо дії страхового захисту.

9.2. Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у п.8.3 Полісу.

9.2.1. Період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в п.9.1. Полісу як дата початку строку дії Договору страхування та діє до 24 годин 00 хвилин (за київським часом) останнього дня періоду страхування, встановленого в Полісі.

9.2.2. Якщо Полісом передбачено більше одного періоду страхування, то кожен наступний період страхування починається з 00 годин 00 хвилин дати, наступної за датою закінчення попереднього періоду страхування. Дата закінчення останнього періоду страхування відповідає даті закінчення дії Договору страхування.

9.2.3. Страховий захист діє в оплаченому періоді страхування. Також страховий захист діє протягом пільгового періоду для сплати страхового платежу, який становить 30 (тридцять) днів з дати закінчення оплаченого періоду страхування, за умови, що Страхувальник протягом такого пільгового періоду сплатив черговий страховий платіж.

9.2.4. У разі несплати або неповної сплати страхового платежу за відповідний період страхування (з урахуванням пільгового періоду для сплати страхового платежу згідно з п.9.2.3. Полісу), страховий захист за Договором в такому періоді страхування не діє, страхові виплати за подіями, що стались в неоплачений період страхування з 31 дня до 90 днів прострочення страхового платежу, не здійснюються Страховиком. Якщо протягом періоду страхування, в якому страховий захист не діє, був сплачений страховий платіж, то страховий захист відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження простроченого страхового платежу на поточний рахунок Страховика та діє до закінчення такого періоду страхування (кінцева дата кожного періоду страхування при цьому не змінюється).

9.2.5. Договір припиняє свою дію та страховий захист не може бути відновлений у випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі чергових страхових платежів на поточний рахунок Страховика протягом 90 (дев'яноста) днів поспіль.

9.2.6. Якщо страховий платіж надійшов у періоді страхування, за яким вже діє страховий захист, то такий страховий платіж є сплатою за наступний період страхування.

9.3. Дія Договору страхування продовжується (лонгується) на такий самий строк дії Договору та аналогічних умовах (з урахуванням зміни тарифу при переході Застрахованої особи в іншу вікову групу згідно з умовами 8.2., 8.3. Пропозиції), якщо жодна із Сторін Договору страхування не заявить про намір його припинити (Страхувальник може заявити про намір припинити договір страхування у персональному кабінеті в Приват24 або у ІТС Страховика / Страхового агента в будь-який момент до кінцевої дати строку дії Договору). Договір не може бути продовжений (лонгований) у випадках, передбачених пп.9.3.1. – 9.3.3. Полісу.

9.3.1. Продовження (лонгація) строку дії Договору страхування можлива за умови, що на момент продовження (лонгації) Договору страхування діє договір доручення із страховим агентом, за посередництвом якого укладено цей Договір страхування. У разі припинення договору доручення із страховим агентом Договір страхування діє до закінчення строку дії Договору страхування, на якій він був укладений, за умови сплати страхових платежів, але не продовжується (не лонгується) на новий строк дії Договору.

9.3.2. У разі настання страхового випадку за Договором страхування, строк дії Договору не продовжується (не лонгується) на наступний річний період, а діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився.

9.3.3. У разі досягнення Застрахованою особою віку 70 повних років Договір страхування продовжує діяти на визначених Договором умовах до закінчення річного періоду страхування за Договором, а в подальшому не може бути продовжений (лонгований) на новий строк.

9.3.4. Страхові платежі, сплачені Страхувальником після закінчення строку дії Договору, повертаються Страховиком Страхувальнику на картковий рахунок у АТ КБ «ПРИВАТБАНК», з якого страхові платежі були сплачені, а у разі його закриття – на підставі письмової заяви Страхувальника.

<b>9.4. Період очікування страхового випадку</b>	<b>90 (дев'яноста) днів від дати набрання чинності Договором страхування або дати відновлення відповідальності Страховика</b>
--	---

9.4.1. За Договором встановлюється **період очікування страхового випадку** – проміжок часу від дати набрання чинності Договором страхування (або дати відновлення відповідальності Страховика згідно з п.9.2.4. Полісу після сплати простроченого страхового платежу), протягом якого страхове покриття за Договором не діє. Період очікування не застосовується після пільгового періоду для сплати страхового платежу відповідно до п.9.2.3. Поліса.

9.4.2. Подія з ознаками страхового випадку, що настала в період очікування, не покривається Договором та Програмою страхового продукту. Якщо протягом періоду очікування було діагностовано або зафіксовано в медичних документах перші симптоми настання захворювання та/або стану, що потребує лікування, а саме злоякісного новоутворення згідно з п.6.1. Полісу, в тому числі встановлено необхідність трансплантації кісткового мозку – такі події не будуть підставою для отримання будь-яких страхових виплат за Договором.

9.4.3. Період очікування не застосовується при продовженні (лонгації) строку дії Договору, а також при переоформленні цього Договору щодо Застрахованої особи згідно з Пропозицією за умови безперервного страхування (відсутності неоплаченого періоду страхування між датою завершення попереднього договору страхування та датою початку нового договору страхування).

## **10. ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

---

10.1. Територія надання послуг Застрахованій особі, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку – Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, території активних бойових дій та тимчасово окуповані території), а у випадках та за умовами, передбаченими Програмою страхового продукту – за кордоном (згідно з Таблицею 1 Додатку 1 до Пропозиції).

## **11. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ, УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

---

11.1. У випадку встановлення попередньо діагнозу, визначеного п.6.1. Пропозиції, Застрахована особа невідкладно (протягом 5 днів, але в будь-якому разі до початку проведення лікування) зобов'язана повідомити Страховика за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово, безкоштовно), зокрема за виділеною телефонною лінією 044 498 03 01 та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, умови та обставини страхового випадку, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору (Полісу) та іншу інформацію на прохання Страховика/представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані Страховиком/представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє їй це зробити самостійно. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.

11.2. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією Страховика щодо подальших дій Застрахованої особи.

11.3. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п.11.4. Пропозиції. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Страхувальника або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати.

11.4. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі) або його законному представнику необхідно надати наступні документи:

11.4.1. Заяву про подію та на виплату;

11.4.1.1. Заява про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в п.11.1. Полісу 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 п.11.4.1.5. Пропозиції.

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

11.4.1.3. 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.

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

11.4.1.5. 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.

11.4.2. Засвідчену Вигодонабувачем копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;

11.4.3. Засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;

11.4.4. Наявні 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 медичної карти амбулаторного та/або стаціонарного хворого, інші наявні документи, які підтверджують діагноз, встановлений лікарем відповідної спеціалізації. Термін від дати проведення медичних обстежень та дати їх подання Страховику не повинен перевищувати 3 (трьох) місяців. 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;

11.4.5. Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.

11.5. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за цим Договором, не може перевищувати страхової суми / ліміту, вказаних в обраній Програмі страхового продукту протягом одного річного терміну дії страхового покриття за Договором, з урахуванням пп. 9.3.2., 7.2. Пропозиції.

11.6. Медичні послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором та обраною Програмою страхового продукту, за направленням Страховика/Асистуючої компанії. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика/Асистуючої компанії. Вибір Медичного закладу за конкретною подією, що має ознаки страхового випадку, здійснюється Страховиком/Асистуючою компанією.

11.7. Перелік Медичних закладів для обслуговування Застрахованих осіб за Договором надається Асистуючою компанією відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої обраною Програмою страхового продукту Договору.

11.8. Будь-які витрати, понесені в іншій лікарні, ніж та, яка була погоджена Страховиком та/або Асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, не відшкодовуються Страховиком.

11.9. Не відшкодовуються будь-які витрати, понесені Застрахованою особою на діагностику та/або лікування, якщо така діагностика та/або лікування не були погоджені, рекомендовані або організовані Страховиком та/або Асистуючою компанією.

11.10. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається:

11.10.1. у разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком / Асистуючою компанією – договорами з Медичними закладами / міжнародною Асистуючою компанією (у цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

11.10.2. у разі необхідності здійснення фіксованої разової страхової виплати за Програмою страхового продукту "Стандарт" – у випадку, коли лікування дорослої Застрахованої особи (19-69 років) неможливо провести в Україні – Страховик приймає рішення за такою Програмою на підставі та після отримання розгорнутого аргументованого висновку Асистуючої компанії щодо наявності обставин, визначених п.11.10.2.1. Пропозиції.

11.10.2.1. Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов:

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;;
- Лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;



- в разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів), це становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору страхування.

11.11. Форма, спосіб та порядок подання переліку документів, передбачених п.11.4 Пропозиції:

11.11.1. Сторони узгодили, що заява Застрахованої особи про подію та на виплату, рішення Страховика про відмову у страховій виплаті, а також інші заяви, повідомлення та документи, які мають надаватися Сторонами на виконання умов цього Договору, можуть подаватися за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в цьому Договорі та/або за контактними даними Застрахованої особи, вказаними в п.5 Полісу (або в заяві про подію та на виплату);

11.11.2. Сторони узгодили що копії документів / скановані / сфотографовані документи, подані за допомогою контактних даних Сторін, вказаних у реквізитах Сторін в цьому Договорі, та/або контактних даних Застрахованої особи, вказаних в п.5 Полісу, прирівнюються Сторонами до письмової форми з усіма наслідками, передбаченими чинним законодавством та цим Договором; при цьому, Сторони та Застрахована особа, на користь якої укладено цей Договір, гарантують, що надані у такий спосіб документи є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма та вигляд повністю відповідають змісту, формі та вигляду оригіналу документа та має відповідати наступним вимогам:

11.11.2.1. повинен бути у вигляді файлів, що мають один з таких форматів, що забезпечують можливість їх збереження на технічних засобах користувачів і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

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

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

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

11.11.3. Страхувальник / Застрахована особа зобов'язані протягом 5 (п'яти) років зберігати оригінали документів, подані ним для отримання страхової виплати за правилами п.11.11. Договору та на вимогу Страховика надати для ознайомлення та огляду оригінали документів протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання відповідного запиту від Страховика; у разі виявлення невідповідності копії документа оригіналу, Страхувальник / Застрахована особа зобов'язуються повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату;

11.11.4. Підписанням цього Договору Сторони (Застрахована особа – наданням згоди на укладення цього Договору щодо неї) підтверджують достовірність та несуть повну відповідальність за правильність контактних даних, вказаних ними при укладенні Договору (пп.1, 3, 5 Полісу);

11.11.5. Кожна зі Сторін (Застрахована особа, на користь якої укладено Договір) самостійно несе ризик настання несприятливих наслідків, пов'язаних із недостовірністю наданих такою Стороною (Застрахованою особою) інформації про контактні дані та несвоєчасного (пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати відповідних змін) повідомлення про зміну контактних даних;

11.11.6. Заява про здійснення страхової виплати може бути сформована в інформаційно-телекомунікаційній системі (ІТС) Страховика.

11.12. Додатково, при зверненні Застрахованої особи за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово, безкоштовно), зокрема за виділеною телефонною лінією 044 498 03 01, Страховик/представник Страховика консультує Застраховану особу щодо такого переліку документів, а також форми, способу та порядку їх подання.

11.13. Строк прийняття рішення Страховиком за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором. Протягом вказаного строку Страховик:

11.13.1. приймає рішення про організацію медичної допомоги або про виплату протягом терміну зазначеного в п.11.13. Пропозиції та в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення, Асистуюча компанія організовує та координує надання Застрахованій особі послуг,

передбачених умовами Програми страхового продукту та Пропозиції, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

11.13.1.1. Протягом цього терміну Асистуюча компанія надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої обраною Програмою страхового продукту відповідно до Договору;

11.13.1.2. Після отримання підтвердження від Застрахованої особи щодо обраної нею лікарні, Асистуюча компанія здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації кісткового мозку) 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.

або

11.13.1.3. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті протягом терміну зазначеного в п.11.13. Пропозиції, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

11.13.3. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені умовами Договору, покриваються шляхом перерахування коштів Асистуючою компанією/представником Страховика (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 спеціалізований установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.

11.14. Страхова виплата здійснюється:

11.14.1. у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком – безпосередньо Медичному закладу (напрямку або через Асистуючу компанію), в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика / Асистуючої компанії (в межах переліку послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхового продукту). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами / Асистуючою компанією;

11.14.2. У випадку здійснення фіксованої виплати відповідно до умов Програми страхового продукту "Стандарт" страхова виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про подію та на виплату, складеній за зразком, розміщеним на веб-сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/>

При цьому страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи) на один з його рахунків, відкритих в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», у випадку відсутності таких в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК», на будь-який інший, зазначений у Заяві про подію та на виплату.

Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.

Сторони погоджуються, що страхова виплата здійснюється Страховиком на реквізити банківської платіжної картки, з якої Страхувальником було сплачено страховий платіж, або на інший будь-який рахунок, відкритий в АТ «КБ «ПРИВАТБАНК».

У разі, якщо отримувачем страхової виплати є інша особа, ніж Страхувальник, виплата здійснюється на банківські реквізити отримувача, надані Страховику разом із Заявою про здійснення страхової виплати.

11.15. Після здійснення страхової виплати Договір страхування зберігає дію до кінця періоду страхування, за який сплачений страховий платіж, а страхова сума зменшується на виплачену суму. При цьому діагностика та/або лікування, передбачені Програмою страхового продукту за Договором, оплачуються Страховиком протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, навіть

якщо термін дії Договору, в якому настав страховий випадок, закінчився. Якщо виплату здійснено в розмірі страхової суми, дія Договору страхування припиняється з моменту списання вказаної грошової суми з поточного рахунку Страховика.

11.16. Договір страхування у відношенні до конкретної Застрахованої особи діє із застосуванням положень пункту 11.15. Пропозиції.

11.17. Якщо Договором передбачено сплату страхового платежу щомісячно, то при настанні страхового випадку із суми страхової виплати Страховик має право утримати суму страхових платежів за періоди страхування, які залишилися до закінчення строку дії Договору страхування, зазначеного у Полісі. Страхова виплата здійснюється виключно за страховими випадками, які сталися у період страхування, за який сплачено страховий платіж.

## **12. ПЕРЕЛІК ВИНЯТКІВ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

---

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

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача) , спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського 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 зазначених осіб, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

12.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) , умисного кримінального правопорушення, що призвів до настання страхового випадку.

12.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет / об'єкт Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно, у Декларації).

12.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором страхування, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

12.1.5. Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені цією Пропозицією; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цієї Пропозиції.

12.1.6. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін.

12.1.7. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування;

12.1.8. У разі недопущення Застрахованою особою та її родичами лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п.12.1.4 умов даної Пропозиції.

12.1.9. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов згідно з п.9.2.3. Пропозиції) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору;

12.1.10. Випадок не є страховим або є виключенням зі страхових випадків відповідно до умов Договору;

12.1.11. за наявності обставин, передбачених ст.104 Закону України "Про страхування" (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Розділом 9 цієї Пропозиції).

12.2. Не є страховим випадком та зі страхового покриття виключаються:

12.2.1. Захворювання та/або медичні стани, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені в п.6 Пропозиції та не покриваються згідно з умовами цієї Пропозиції та обраною Програмою страхового продукту;

12.2.2. медичні та інші послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, якщо вони були надані Застрахованій особі після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору;

12.2.3. послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах;

12.2.4. необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту;

12.2.5. психохірургія;

12.2.6. лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки;

12.2.7. лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;

12.2.8. будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми страхового продукту;

12.2.9. медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та баріатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень в рамках обраної Програми страхового продукту та відповідно до умов Договору;

12.2.10. послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);

12.2.11. послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду.

12.2.12. якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи;

12.2.13. якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).

12.2.14. якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;

12.2.15. якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку;

12.2.16. будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років.

12.3. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги:

12.3.1. з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраною Програмою страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування;

12.3.2. послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою страхового продукту за Договором;

12.3.3. методи лікування, ліки, медичні процедури, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювань та/або станів, передбачених умовами Договору;

- 12.3.4. захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 12.3.5. подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 12.3.6. подія яка має ознаки страхового випадку, але настала в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;
- 12.3.7. подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
- 12.3.8. послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту;
- 12.3.9. подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбачене відповідною Програмою страхового продукту, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору страхування;
- 12.3.10. отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами Договору та/або обраної Програми страхового продукту або вибір яких не був узгоджений із Страховиком.
- 12.3.11. послуги Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що перераховані у Таблиці 2 Додатку 1 до даної Пропозиції, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;
- 12.3.12. діагностики та/або лікування, які надаються після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим.
- 12.4. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття:
- 12.4.1. Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни *Carcinoma in situ* (злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини), включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;
- 12.4.2. Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- 12.4.3. Захворювання шкіри наступних типів:
- Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
  - Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- 12.4.4. Ракові захворювання на тлі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ);
- 12.4.5. 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;
- 12.4.6. Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L.).
- 12.5. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття випадки:
- 12.5.1. якщо Застрахована особа наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією/ядерним випромінюванням;
- 12.5.2. якщо Застрахована особа вживає алкоголь у кількості більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) на тиждень;
- 12.5.3. якщо Застрахована особа викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку/пластирі, трубковий/скручений тютюн або інші замінники нікотину.

12.5.4. якщо Застрахована особа страждає на захворювання, викликані СНІДом та іншими захворюваннями, пов'язаними з вірусом імунодефіциту людини;

12.5.5. якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (виключення становлять: апендектомія, стоматологічні операції, геморої, тонзилектомія, переривання вагітності, операція на венах);

12.5.6. якщо на дату укладання Договору Страхувальнику / Застрахованій особі відомо про будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичних онкологічних висновків щодо Застрахованої особи (аномальний тест PАП або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування);

12.5.7. якщо Застрахована особа страждає в даний час та страждала протягом останніх 10 років онкологічними захворюваннями, включаючи передракові пухлини, доброякісні або злоякісні пухлини шкіри (включаючи кісти, виразки або будь-які новоутворення), пухлини щитовидної залози, доброякісні або злоякісні пухлини мозку, полікістоз нирок, карцинома та меланома in situ, рак крові/лейкемія; якщо у Застрахованої особи було діагностовано вірус папіломи людини, вірус Епштейна-Барра;

12.5.8. якщо Застрахована особа страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона;

12.5.9. якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;

12.5.10. якщо Застрахована особа до дати або на дату укладення Договору проходила обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікувала результатів діагностики.

12.6. Не можуть бути Застрахованими особи:

12.6.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

12.6.2. хворі на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;

12.6.3. онкологічні хворі;

12.6.4. особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору страхування;

12.7. За наявності обставин (однієї чи декількох), передбачених п.12.5. або 12.6. Пропозиції, до початку дії Договору страхування (в тому числі якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник не повідомив Страховика про зазначені обставини або повідомив про Застраховану особу завідомо неправдиві відомості, а також у випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних застрахованих осіб, зазначених в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, реальним даним, незалежно від того, здійснено це навмисно або з необережності, або не знаючи про це), Договір страхування вважається таким, що не набув чинності стосовно Застрахованої особи щодо якої існують зазначені обставини. При цьому страхові платежі не повертаються. Страхувальник це розуміє, повністю і беззаперечно згодний з цим, розуміє наслідки.

У разі виникнення стосовно Застрахованої особи під час дії Договору страхування обставин, за яких така особа не може бути Застрахованою особою відповідно до п.12.5. або 12.6. Пропозиції, Договір страхування втрачає чинність з дня, наступного за датою виникнення таких обставин. Дію Договору страхування не може бути продовжено на наступний строк стосовно відповідної Застрахованої особи після виникнення таких обставин. Страхові виплати після втрати чинності Договором страхування не проводяться. Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період страхування, у який сталася така обставина та за кожний наступний за таким період страхування обставина та за кожний наступний за таким період страхування у випадку їх оплати Страхувальником.

12.8. Порядок та строк прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається п.11.13.2. Пропозиції. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого п.11.13. Пропозиції, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) у письмовій формі про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

12.9. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

### **13. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

---

#### **13.1. Страховик зобов'язаний:**

13.1.1. Ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством.

13.1.2. Протягом п'яти робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

13.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.

13.1.4. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті у строки та в порядку, передбачені Договором страхування.

13.1.5. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та відповідно до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб.

#### **13.2. Страховик має право:**

13.2.1. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику, та розслідування обставин, причин та наслідків настання страхового випадку.

13.2.2. У разі необхідності, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку – проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначати незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).

13.2.3. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування.

13.2.4. Відмовити повністю або частково у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Розділом 12 Пропозиції.

13.2.5. Вимагати від Страхувальника повернення страхової виплати, якщо після її здійснення стало відомо про існування обставин, зазначених у Розділі 12 Пропозиції.

13.2.6. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

13.2.7. У разі появи причин для сумніву в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих причин відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3 (три) місяців.

13.2.8. Відкласти здійснення страхової виплати у разі, якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, здійснюється досудове розслідування у кримінальному провадженні або розпочато судовий процес або справа розглядається в порядку цивільного, господарського, адміністративного судочинства, справа про адміністративне правопорушення. Здійснення страхової виплати відкладається до закінчення розслідування та встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (спадкоємця) або прийняття рішення суду.

13.2.9. Доручити третім особам виконання обов'язків щодо організації послуг, необхідних для виконання Договору страхування.

13.2.10. Запитувати у Застрахованої особи оригінали та копії документів, що мають відношення до страхового випадку та здійснення страхової виплати;

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

- якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації Страхувальника, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим;
- якщо у Страховика виникає сумнів стосовно того, що Страхувальник виступає від власного імені;
- встановлення Страхувальнику неприйнятно високого рівня ризику;
- ненадання Страхувальником необхідних для здійснення належної перевірки Страхувальника документів чи відомостей;
- подання Страхувальником чи його представником Страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману Страховика;
- якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої проводиться фінансова операція, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодоодержувача (вигодонабувача) за фінансовою операцією є неможливим.

### **13.3. Страхувальник зобов'язаний:**

13.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі в строки передбачені Полісом та Пропозицією, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором страхування.

13.3.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованих осіб, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 12.6. Пропозиції, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

13.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором страхування.

13.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

13.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування.

**13.3.6. Повідомити Застрахованій особі про укладення Договору страхування на її користь**, а також повідомити Застраховану особу, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору.

13.3.7. У випадках, передбачених умовами цієї Пропозиції, – надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Пропозиції.

13.3.8. Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.9. Протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

13.3.10. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником.

13.3.11. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;



13.3.12. Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку (в тому числі при укладенні цього Договору надати Страховику згоду на отримання персональних/медичних даних Застрахованої особи, в тому числі тих, що становлять лікарську таємницю).

11.3.13. 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.

13.3.14. У випадку, передбаченому п. 8.2., 8.3. Пропозиції, Страхувальник повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування відповідно до п. 8.3. Пропозиції на WEB-сторінці Страхового агента за адресою <https://www.pb.ua> або у персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/> або в ІТС.

#### **13.4. Страхувальник має право:**

13.4.1. Достроково припинити дію Договору страхування в порядку передбаченому даним Договором.

13.4.2. Укласти зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

13.4.3. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

13.4.4. Вимагати від Страховика при настанні страхового випадку здійснення страхової виплати у порядку та розмірі, передбачених умовами Договору страхування.

13.4.5. Отримати дублікат (електронну копію) договору страхування, у випадку його втрати в період дії Договору страхування на підставі письмової заяви про видачу дубліката.

13.4.6. Вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

13.5. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

**13.5.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.**

13.5.2. Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші).

#### **14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ**

---

14.1. Спори за Договором між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди щодо спірних питань – у судовому порядку.

14.2. Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше п'ятнадцяти робочих днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати сорока п'яти днів.

Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: [unit-settlements-ukr@arx.com.ua](mailto:unit-settlements-ukr@arx.com.ua) або засобами поштового зв'язку на адресу 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська,

8. У зверненні має бути зазначено прізвище, ім'я, по батькові, адресу/місце перебування викладено суть порушеного питання, зауваження, пропозиції, заяви чи скарги, прохання чи вимоги. Письмове звернення повинно бути підписано заявником (заявниками) із зазначенням дати. В електронному зверненні також має бути зазначено електронну поштову адресу, на яку заявнику може бути надіслано відповідь, або відомості про інші засоби зв'язку з ним. Застосування електронного цифрового підпису для громадян, споживачів страхових послуг при надсиланні електронного звернення не вимагається. Застосування мов у сфері звернень громадян визначає Закон України "Про забезпечення функціонування української мови як державної". Звернення, оформлене без дотримання зазначених вимог, повертається заявнику. Письмове звернення без зазначення місця проживання, не підписане автором (авторами), а також те, з якого неможливо встановити авторство, визнається анонімним і розгляду не підлягає. Не розглядаються повторні звернення від одного й того ж споживача з одного й того ж питання, якщо перше вирішено по суті, а також ті скарги, які подано з порушенням термінів, передбачених статтею 17 Закону України «Про звернення громадян», та звернення осіб, визнаних судом недієздатними.

14.3. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), використовуючи спеціальну форму <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240); до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (адреса: 01001, м. Київ, вул. Б.Грінченка, 1, тел. (044) 279 12 70, e-mail: [info@dpss.gov.ua](mailto:info@dpss.gov.ua)); що не позбавляє споживача права звернутися до суду відповідно до чинного законодавства, а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду.

## **15. ТЕХНОЛОГІЯ, ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ І ПІДПИСАННЯ ДОГОВОРУ. ОСОБЛИВОСТІ ЗДІЙСНЕННЯ ДОКУМЕНТООБІГУ МІЖ СТОРОНАМИ**

15.1. Договір укладається у порядку, передбаченому законодавством України про електронну комерцію та з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами НБУ. Договір укладається за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи Страховика або Страхового агента шляхом приєднання та складається з публічної частини договору (Пропозиції) та індивідуальної частини договору (Полісу), підписанням якого клієнт (Страховальник) приєднується до Договору в цілому.

15.2. Для укладення Договору страхування Клієнту необхідно зайти на WEB-сторінку Страхового агента в мережі Інтернет за адресою <https://www.pb.ua> або до персонального кабінету за адресою: <https://www.privat24.ua/>, або до ІТС, що використовується Страховиком або його Страховим агентом для укладання Договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції; та надати всі відомості, необхідні для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з Пропозицією, інформацією про фінансову послугу, про страховий продукт, про Страховика, про Страхового агента та підтверджує надання згоди Застрахованою особою на обробку її персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій засвідчує намір Страховальника укласти Договір страхування. На підставі наданої/обраної Клієнтом інформації Страховик формує для Клієнта індивідуальну частину Договору страхування.

15.2.1. Укладення Договору страхування здійснюється шляхом прийняття Клієнтом пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах (запропонованих Страховиком, виходячи із наданої та/або обраної Клієнтом інформації) та на умовах Пропозиції, розміщеної на офіційному сайті Страховика <https://arx.com.ua/documents/privatbank>, та Страхового агента, а також в ІТС (тощо) Страховика та Страхового агента (умови Пропозиції є загальними для споживачів).

15.3. Підписання Договору страхування Страховальником здійснюється шляхом прийняття Пропозиції укласти Договір страхування на індивідуально визначених умовах.

Безумовним прийняттям Пропозиції Страховика укласти Договір страхування вважається здійснення Страховальником дій, направлених на оформлення Договору (заповнення форми, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору) та підписання Полісу (індивідуальної частини Договору) простим електронним підписом (ОТР-пароль, Одноразовий ідентифікатор, Цифровий власноручний підпис, QR-код, ПІН-код, підпис в IVR, біометричні дані Клієнта (голосовий зліпок, відбиток пальця, Face ID), кнопки "Підпис", "Підписав", "Підтверджую", "Ознайомився", "Сплатити", "Оплатити" тощо в ІТС Страхового

агента (програмних комплексах, мобільних додатках або на офіційних сайтах у мережі Інтернет)) відповідно до ст. 12 Закону України «Про електронну комерцію» та згідно з договором про використання простого електронного підпису, що укладається між Страхувальником та Страховим агентом, який діє від імені Страховика.

15.3.1. Прийняттям Пропозиції Страхувальник узгоджує всі істотні умови Договору страхування, приймає умови Пропозиції. Отримання Страховиком або Страховим агентом підписаного Страхувальником Полісу (індивідуальної частини Договору) засвідчує прийняття Страхувальником всіх умов Пропозиції. При укладенні та виконанні Договору страхування відповідно до умов цієї Пропозиції Страховик / Страховий агент, уповноважені особи Страховика / Страхового агента використовують засоби підпису/засвідчення відповідно до чинного законодавства та з урахуванням особливостей, визначених НБУ.

15.3.2. Факт перерахування коштів страхового платежу на рахунок Страховика підтверджується електронним документом (квитанцією) оператора платіжної системи, яка використана Страхувальником або Страховим агентом для оплати страхового платежу, із зазначенням дати здійснення розрахунку.

15.3.3. Клієнт отримує на підтвердження укладення Договору страхування — індивідуальну частину Договору (Поліс) на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

15.3.4. Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Розділом 9 Пропозиції та зазначається в п.9 Полісу. Після набрання Договором страхування чинності Клієнт набуває статусу Страхувальника.

15.3.5. Заповнення Клієнтом форм, надання відомостей, що необхідні для укладення Договору, в тому числі в ІТС Страховика / Страхового агента, не зобов'язує його укласти Договір страхування. Договір страхування не є укладеним без електронного підпису Страхувальника та Страховика (або Страхового агента від імені Страховика) .

15.4. Невід'ємними частинами Договору страхування є Поліс з Декларацією, а також Пропозиція з Додатком 1. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором страхування.

15.5. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує та визнає, що: до укладання цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії» (надалі в цьому пункті - Закон) Страховик (Страховий агент) надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені зазначеним Законом; зазначена інформація є доступною на веб-сторінці Страховика <https://arx.com.ua/documents/privatbank> та/або Страхового агента <https://privatbank.ua/strahovaniye> , є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансової послуги, що надається Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови Договору йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладання цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладання Договору. Страхувальник, приймаючи Пропозицію, підтверджує погодження отримання Полісу, пропозицій про внесення змін (доповнень) до укладеного Договору страхування на електронну адресу та / або у персональному кабінеті страхового агента (система Internet Banking Приват24, в т.ч. мобільна версія, Mobile Banking).

15.6. Страховик залишає за собою право відмовитися від прийняття ризику на страхування без пояснення причин. Фактом відмови Страховика від прийняття ризику на страхування є не направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора на мобільний телефон Страхувальника та/або не направлення Полісу Клієнту.

15.7. Якість надання послуг за Договором страхування відповідає вимогам Законів України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», та іншим нормативним актам.

15.8. Факт укладення Договору страхування посвідчується Полісом, який формується в електронному вигляді на підставі даних, наданих Клієнтом у електронній Заяві про укладення Договору страхування (заповнення форми, надання відомостей в ІТС Страховика / Страхового агента). Поліс направляється

Страхувальнику на його електронну адресу по електронній пошті або надсилається каналами комунікації Страхового агента шляхом розміщення Поліса для завантаження в Приват24 (доступний для завантаження у персональному кабінеті в Приват24). Дата, час, порядок і факт направлення та отримання одноразового ідентифікатора Страхувальником, введення його в ІТС, відправлення Полісу та додатків до нього, а також повідомлення по електронній пошті фіксується Страховиком (Страхового агента) в електронній базі Страховика (Страхового агента).

15.9. Сторони домовилися, що розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24 або відправка Поліса та повідомлення по електронній пошті на адресу електронної пошти Страхувальника є належним врученням Поліса / повідомлення Страхувальнику про укладення Договору страхування. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності, що виникла, відтворити Договір страхування на паперовому носії. На письмову вимогу Страхувальника Страховик здійснює вручення Договору страхування, підписаного оригінальним підписом уповноваженого представника Страховика, в робочий час Страховика за його місцезнаходженням.

15.10. Сторони домовилися, що сплата страхового платежу за укладеним Договором страхування за перший період страхування здійснюється Страхувальником тільки після отримання Полісу від Страховика або Страхового агента по електронній пошті або каналами комунікації Страхового агента (у тому числі розміщення примірника Поліса для завантаження у персональному кабінеті в ІТС Страхового агента Приват24).

15.11. Повний текст публічної частини Договору (Пропозиції) оприлюднюються Страховиком та є доступними для ознайомлення клієнтів (Страхувальників) на веб-сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank>, включаючи його мобільну версію. Усі редакції публічної частини Договору (Пропозиції) зберігаються на веб-сайті Страховика із зазначенням строку їх дії у порядку та протягом строку, встановлених чинним законодавством України. Публічна частина Договору (Пропозиція) надається Страхувальнику в момент підписання Договору у спосіб, обраний ним при укладенні Договору, а саме – шляхом самостійного ознайомлення на веб-сайті Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank>.

15.12. Поліс (індивідуальна частина Договору) містить всі істотні умови, передбачені чинним законодавством, у тому числі шляхом посилання на відповідні умови, викладені у Пропозиції.

15.13. Договір (його індивідуальна частина – Поліс) підписується:

- електронним підписом Страхувальника з урахуванням вимог законодавства України та цієї Пропозиції;
- кваліфікованим електронним підписом особи, уповноваженої Страховиком або Страховим агентом на підписання договорів страхування, із кваліфікованою електронною позначкою часу, накладений такою особою.

15.14. Час (момент) укладення Договору визначається кваліфікованою позначкою часу накладеного КЕП уповноваженим представником Страховика (Страхового агента), який є невід'ємним реквізитом укладеного Договору.

15.15. Надання Страхувальнику примірника Полісу, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (Страховим агентом) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в п.3 Полісі, або шляхом розміщення примірника поліса для завантаження у персональному кабінеті в Приват24.

Підписання Страхувальником Полісу та вчинення дій на виконання Договору, в тому числі сплата страхового платежу за Договором підтверджують отримання Страхувальником примірника підписаного Договору страхування.

## **16. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ**

---

16.1. Зміни до Договору можуть бути внесені за згодою Сторін Договору на підставі заяви однієї із сторін Договору шляхом укладення додаткової угоди в письмовому або електронному вигляді до Договору. Зміни до Договору вносяться та надаються Страхувальнику у тій же самій формі та порядку, що і Договір, до якого вносяться зміни.

16.1.1. Сторони погоджуються, що пропозиції про внесення змін та доповнень до Договору страхування можуть бути запропоновані із застосуванням електронної пошти та/або у персональному кабінеті Страхового агента (система Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking).

16.2. Підставами припинення дії Договору є:

16.2.1. **припинення дії Договору за згодою Сторін Договору.** При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді;

16.2.2. **припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме:**

- закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику;
- несплати, згідно з Полісом, чергового страхового платежу за укладеним Договором протягом 90 днів поспіль. При цьому раніше сплачені страхові платежі не повертаються Страхувальнику;
- ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором;
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України;
- набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду;
- в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2.3. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціюючи Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:

16.2.3.1. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника** Страховик повертає йому частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю;

- У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин.

16.2.3.2. **У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика** Страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору (п.17.5. Пропозиції), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.



16.4. Повернення сплаченого страхового платежу або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом Договору, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін.

16.5. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились не врегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати.

16.6. Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.

## 17. ІНШІ УМОВИ

17.1. **Страхування здійснюється на підставі ліцензії** Нацкомфінпослуг на право провадження добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) серії АВН№ 483282 строком дії з 17.09.2009 р. – безстрокова. Відповідно до п. 17, 18 Розділу XV Закону України «Про страхування» №1909-IX від 18.11.2021 р., дата введення в дію 01.01.2024 р. (далі – Закон) зазначена ліцензія, що діє станом на день введення в дію Закону, продовжує діяти до її переоформлення у ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідних класів страхування (клас страхування 2, ризик 2 “медичне страхування” в межах класу 2), інформація щодо яких вноситься у Реєстр страховиків НБУ протягом шести місяців з дати введення в дію зазначеного Закону. Починаючи з дня внесення такого запису до Реєстру страховиків НБУ – Страховик діє на підставі ліцензії на здійснення діяльності із страхування відповідно до класу (класів) страхування, інформація щодо яких оприлюднюються та міститься у Реєстрі страховиків НБУ. Сторони погодили, що інформація про переоформлення ліцензій Страховика після укладення Договору відображається в Реєстрі страховиків НБУ відповідно до вимог Закону та не потребує внесення змін у Договір.

17.2. **Договір укладається відповідно до Загальних умов страхового продукту “Онкозахист (ПРИВАТБАНК)” №031 за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (в тому числі медичне страхування)”**, затверджених АТ «СК «АРКС» згідно з Наказом №038-О від 26.03.2024 р., дата початку дії 01.04.2024 р., повний текст яких розміщений на веб-сторінці Страховика за посиланням <https://arx.com.ua/documents/privatbank> (в тексті Договору – «загальні умови страхового продукту»). Підписуючи цей Договір, Страхувальник підтверджує, що він та Застраховані особи ознайомлені з загальними умовами страхового продукту.

У всьому, що не врегульовано Договором, Сторони керуватимуться положеннями чинного законодавства України, а також зазначених загальних умов страхового продукту. У випадку розбіжностей між загальними умовами страхового продукту та Договору – перевагу мають положення Договору.

17.2.1. Страхування здійснюється за класом страхування 2 “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”, ризик в межах класу страхування 2 “Медичне страхування”.

17.3. **Терміни в Договорі вживаються в таких значеннях:**

**ІТС** (Інформаційно-телекомунікаційна система) – сукупність інформаційних та телекомунікаційних систем, які у процесі обробки інформації діють як єдине ціле і використовується Страховиком або його

страховим агентом для укладання договорів страхування у відповідності до вимог законодавства, що регулює організаційно-правові засади діяльності у сфері електронної комерції;

**Захворювання** – будь-які патологічні зміни в стані здоров'я людини (погіршення стану здоров'я), не пов'язані з нещасними випадками, діагноз і підтвердження яких виконані лікарем, офіційно зареєстрованим в даному виді діяльності.

Захворювання включатиме в себе всі пошкодження або наслідки, що виникли на тлі одного діагнозу, а також всі види нездужань, пов'язаних з однією причиною або групою взаємопов'язаних причин. Якщо нездужання виникло внаслідок тієї ж причини, яка викликала попереднє захворювання, або внаслідок спорідненої причини, дане захворювання буде вважатися продовженням попереднього захворювання, а не окремим захворюванням.

За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом строку чинності Договору страхування.

**Попередні стани** - будь-які захворювання, які були діагностовані, щодо яких було проведено лікування, або які проявилися разом з пов'язаними зафіксованими в медичних документах симптомами, підтвердженими записами лікарів, лабораторними та інструментальними дослідженнями протягом 10 років до дати початку дії Договору.

**Травма** - пошкодження, завдане тілу Застрахованої особи.

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

**Лікар-фахівець** – фахівець з закінченою вищою медичною освітою, практикуючий лікар відповідно до встановлених медичних стандартів і вимог чинного законодавства, який здійснює медичну практику в профільному медичному закладі в країні призначення, має відповідну кваліфікацію в галузі медицини, та відповідно до якої має право винести висновок про стан здоров'я Застрахованої особи.

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

**Хірург** – фахівець у галузі медицини, затверджений і сертифікований кваліфікованими органами у країні проведення лікування в якості "фахівця з хірургії".

**Хірургічне втручання (операція)** – інвазивна хірургічна процедура – проникнення у тканини з метою лікування захворювання і/або травми, і/або виправлення недоліку або каліцтва Застрахованої особи. В тому числі процедури, проведені за допомогою лазерного променю, для діагностики і лікування, а також дослідження через ендоскопію, катетеризацію, ангіографію внутрішніх органів та каменів в нирках або жовчному міхурі, фрагментацію каменів за допомогою звукових хвиль.

**Рак «in situ»** - неінвазивний рак, злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, в якому вона виникла, яка не проникла в строму або навколишні тканини.

**Протокол лікування** – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України, а у разі проведення лікування Застрахованої особи за кордоном у випадках, передбачених Договором – клінічні протоколи/стандарти лікування, затверджені та/або рекомендовані до використання уповноваженим органом на території країни проведення такого лікування.

**Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком або Асистуючою компанією, визначений згідно з Договором. До Медичних закладів належать заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, на законних підставах уповноважений на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащений медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

**Госпіталізація** - цілодобове перебування в лікарні або клініці.

**Асистуюча компанія** – юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика. Дані послуги за Договором надає міжнародна група компаній Madanes Advanced Healthcare Services Ltd., зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації медичних послуг Застрахованим особам передбачених Програмою страхового продукту.

**Програма страхового продукту (Програма страхування)** – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються споживачу окремо в межах умов одного страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту(ів) відповідальності, страхового платежу або страхового тарифу, видом та розміром франшизи. Перелік видів Програм страхового продукту за Договором наведено в Додатку 1 до Пропозиції. Обрана Страхувальником при укладенні Договору Програма страхового продукту для конкретної Застрахованої особи вказується в п.7.1. Полісу.

**Лікарські засоби** – будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта. Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

**Супроводжуюча особа** – особа, яка супроводжує Застраховану особу у випадках, передбачених Програмою страхового продукту, до місця проведення діагностичних процедур, лікування, проведення складної хірургічної операції і знаходиться з нею під час перебування Застрахованої особи в країні проведення лікування. Супроводжуючою особою може бути родич, чоловік (дружина), близький друг Застрахованої особи.

**Репатріація** – повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання, у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування і її тіло все ще знаходиться в країні призначення впродовж до 10 днів після завершення лікування. Репатріація здійснюється Асистуючою компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування та на умовах, визначених Програмою страхового продукту.

**Експериментальні методи лікування** – лікування, процедура, курс лікування, обладнання, медична або фармацевтична продукція, призначена для медичного або хірургічного використання, які не вважаються загальноприйнятими в якості безпечного для лікування певних хвороб або травм, науковими організаціями, міжнародним медичним співтовариством, або проходить етап дослідження, тестування, або в будь-якій стадії клінічних випробувань.

**Альтернативна медицина** - системи, практики і продукти медицини і охорони здоров'я, які в даний час не визнаються як частина загальноприйнятої медицини або стандартних схем лікування. До них відносяться, зокрема акупунктура, ароматерапія, хіропрактика, гомеопатія, натуропатія та остеопатія.



**Церебральний синдром** - наявність церебрального порушення або пошкодження головного мозку, яке призвело до часткового або повного порушення функцій мозку.

**Імплантат** – будь-який штучний або природний орган або частина природного органу або штучного органу, штучного або природного суглоба, імплантованого в тіло Застрахованої особи за допомогою операції, яку охоплює Договір Страхування, за винятком: вставного зубу, зубного імплантату.

**Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи** – заява-опитувальник Страхувальника / Застрахованої особи про стан здоров'я Застрахованого щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такого Застрахованого. Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи подається обов'язково при укладенні Договору страхування та є невід'ємною частиною Договору страхування (Полісу). У разі прийняття на страхування неповнолітніх дітей ця форма може бути заповнена і підписана Страхувальником або законним опікуном Застрахованої особи.

**Період очікування страхового випадку** – період часу в межах строку дії Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів/свідчень (ознак) настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (злоякісне новоутворення), в тому числі трансплантації кісткового мозку для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) - не буде підставою для отримання будь-яких виплат по Договору протягом терміну дії Договору. Страхове покриття починає діяти після закінчення Періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування при укладанні Договору на перший рік страхування або відновлення відповідальності Страховика за Договором страхування у випадку застосування пільгового періоду (в тому числі для пролонгованих Договорів). При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки та сплаті страхових платежів згідно віку Застрахованої особи за програмами, «Період очікування» не застосовується. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.

**Франшиза** - сума, що сплачується лікувальному закладу безпосередньо Застрахованою особою, як оплата частини вартості лікування.

**Сплачена/ не сплачена (заявлена) страхова виплата** - вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені або ще не сплачені Страховиком/представником Страховика згідно умов Договору страхування.

Страхова виплата здійснюється у рамках страхової суми та лімітів, шляхом оплати вартості медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору.

**Винятки (виключення)** - певні ситуації або стани, що не покриваються Договором і за якими у Страховика відсутнє зобов'язання здійснювати страхову виплату.

**Країни призначення** – країни, де Застрахована особа, відповідно до Договору Страхування, має право на отримання медичної допомоги.

**Неповнолітня особа** – це Застрахована особа, яка не досягла 18 (вісімнадцяти) років.

**Пролонгація Договору страхування** - укладання Договору страхування на новий період за умови, що між датою закінчення дії попереднього договору та датою початку дії нового Договору не було перерви. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки та сплаті страхових платежів згідно віку Застрахованої особи за програмами страхування, «Період очікування» не застосовується.

**Терористичні акти** - дії, до яких, зокрема, відноситься застосування сили або насильства та/ або погроз такого застосування, що здійснюються особою або групою (-ами) осіб самостійно, від імені або у взаємозв'язку з будь-якою організацією (-ями) або урядом (ми), які здійснюються в політичних, релігійних, ідеологічних або аналогічних цілях, в т. ч. з наміром вплинути на будь-який уряд та/ або викликати у громадськості або будь-якої частини громадськості страх; або використання будь-яких біологічних, хімічних, радіоактивного або ядерних речовин, матеріалів, пристроїв або зброї.

**Збитки внаслідок війни (оголошеної або неоголошеної), військових (бойових) дій, збройного конфлікту** - це збитки, завдані майну та населенню під час та/або внаслідок дій військових формувань

(законних та незаконних) сторін збройного (військового, воєнного) конфлікту у випадку збройної агресії, збройного конфлікту, та спричинені: діями та заходами особового складу та командування збройних формувань; побудовою укріплень, інженерних споруд (окопів, траншей, дзотів, дотів тощо); веденням бою, обстрілами військових та/або цивільних об'єктів та населення; використанням та застосуванням бойової техніки, технічних засобів ведення бойових дій; озброєнням, ракетними установками, танками, бронетранспортерами, самохідними артилерійськими та ракетними установками, військовими кораблями тощо; застосуванням будь-яких засобів ведення бойових дій та зброї, в тому числі артилерійських і реактивних снарядів, ракет, торпед, бойових патронів, гранат, мін, вибухових речовин; пошкодженням майна в районах, на територіях ведення боїв та військових дій, військових, в тому числі, антитерористичних операцій, незалежно від факту офіційного визнання чи оголошення війни, воєнного чи надзвичайного стану стороною (сторонами) збройного (військового, воєнного) конфлікту.

**Послуга «Медичний консьєрж-сервіс»** - послуга, що включає всі заходи по організації лікування Застрахованої особи в зв'язку з підтвердженням страховим випадком. Послуга передбачає загальний контроль ведення справ, а також допомогу в організації проїзду і проживання для Застрахованої особи і особи, що її супроводжує, якщо інше не передбачено програмою страхування.

**Контакт-центр СК «ARX»** - підрозділ Страховика, до якого Застрахована особа чи її представник може звернутись при настанні страхового випадку за наступними контактами:

0 800 30 272 3 - в межах України; Месенджери: Телеграм або Вайбер, [arx.com.ua/kontakty](https://t.me/arxcomua)

17.3.1. Інші терміни, що вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законом України «Про страхування», Законом України «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

**17.4. Договір страхування 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. При сплаті страхового платежу шляхом проведення безготівкового перерахування банківські установи стягують комісію відповідно діючих тарифів.

**17.5. Фактична частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням та виконанням Договору, становить 40 % страхового платежу.**

**17.6. Застереження щодо захисту персональних даних:**

17.6.1. Страхувальник, підписуючи даний договір, надає Страховику дозвіл на обробку всіх своїх персональних даних в цілях пов'язаних з виконанням Сторонами умов даного Договору без обмеження терміну зберігання і обробки, а також для цілей здійснення зв'язку із Страхувальником для надання інформації про виконання Договору, для організації поштових розсилок, розсилок SMS-повідомлень і розсилок електронною поштою на адресу Страхувальника, для надання Страхувальнику інформації про виконання Договору, для передачі інформаційних і рекламних повідомлень про послуги Страховика, а також послуги інших суб'єктів господарювання, в інших цілях, які не суперечать законодавству України. Страхувальник надає свою згоду на передачу своїх персональних даних розпорядникам баз персональних даних Страховика, а також третім особам, включаючи АТ КБ «ПРИВАТБАНК» та інших агентів Страховика, якщо цього вимагає захист прав і законних інтересів суб'єкта персональних даних або інших осіб, в інших цілях не суперечать чинному законодавству України без додаткового повідомлення Страхувальника. Страхувальник підтверджує своє повідомлення про свої права, пов'язані із зберіганням і обробкою його персональних даних, визначених чинним законодавством, цілі обробки даних і осіб, яким передаються його персональні дані.

17.6.2. Укладаючи Договір страхування, Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику та Асистуючій компанії згоду на отримання Страховиком від третіх осіб (медичних та інших закладів, лікарів приватної практики, свідків настання випадку тощо), які надавали медичні або інші послуги Застрахованій особі, своїх персональних, медичних та інших даних, які становлять лікарську таємницю, медичну інформацію про стан свого здоров'я, лікування, встановлені діагнози, а також обставини настання випадку тощо).

17.6.3. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням цього Договору Страхувальник / Застрахована особа надають свою згоду Страховику (Страховому агенту, якщо такий агент укладає Договір від імені Страховика) та Асистуючій компанії:

- на обробку їх персональних даних, з метою провадження страхової діяльності (укладання та виконання цього Договору), та/або пропонування Застрахованій особі / Страхувальнику послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення прямих контактів з ним із використанням засобів зв'язку, а також здійснення пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності;
- на прийняття рішень на підставі обробки персональних даних Застрахованої особи (повністю та/або частково) в інформаційній (автоматизованій) системі та/або в картотеках персональних даних;
- на обробку персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про Застраховану особу / Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;
- на зберігання їх персональних даних протягом дії Договору та трьох років після припинення його дії;
- на реалізацію та регулювання інших відносин, що вимагають обробки персональних даних відповідно до цього Договору та чинного законодавства України;
- на надання Страховиком доступу Асистуючій компанії та Медичним закладам до персональних даних Застрахованих осіб та передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Медичним закладам без повідомлення Страхувальника виключно з метою виконання цього Договору;
- на передачу Страховиком персональних даних Застрахованих осіб Страхувальнику на його вимогу без повідомлення Застрахованих осіб.

17.6.4. Страхувальник підтверджує, що Застраховані особи (їх законні представники) ознайомлені з умовами цього Договору, та надали свою згоду на обробку їх персональних даних, відповідно до п.17.6. Пропозиції. Страховик здійснює захист переданих йому Страхувальником персональних даних Застрахованих осіб відповідно до вимог чинного законодавства України.

17.6.5. Страхувальник підтверджує, що отримав згоду Застрахованих осіб (їх законних представників) на укладення цього Договору щодо них та страхування їх згідно з умовами цього Договору. На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» укладенням цього Договору Страхувальник надає Страховику персональні дані Застрахованих осіб за Договором, та підтверджує, що він отримав згоду на їх поширення. Страхувальник підтверджує законність отримання персональних даних Застрахованих осіб, наявність згоди Застрахованих осіб (їх законних представників) на обробку персональних даних та згоди на передачу персональних даних Страховику, а також згоди на передачу їх персональних даних Страховиком Страхувальнику.

17.6.6. Страхувальник /Застрахована особа надають безвідкличний та безумовний дозвіл Асистуючій компанії та Медичним закладам на вимогу Страховика надавати будь-яку інформацію, яка стосується їх здоров'я, перебігу та вартості лікування за страховими випадками, які настали за цим Договором, в тому числі ту, що містить лікарську таємницю.

**17.7. Застереження щодо запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення:** належна перевірка клієнта-фізичної особи здійснюється Страховим агентом згідно з вимогами пункту 4 статті 11 Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», та додатку 2 до Положення про здійснення установами фінансового моніторингу. Інформацію та необхідні документи щодо належної перевірки Страховик може отримати від Страхового агента відповідно до укладеного договору на право використання інструменту покладання. Ідентифікація Страхувальника здійснена Страховим агентом перед встановленням ним ділових відносин. Верифікація Страхувальника здійснена при зверненні до Страхового агента із застосуванням ІТС Страхового агента.

17.8. Підписанням цього Договору Страхувальник підтверджує, що:

17.8.1. до нього та/або до членів його сім'ї та/або близьких родичів не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, він/вони не включений(і) до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції тощо.

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

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

17.9. **Валютне застереження:** валютою страхування за Договором є грошова одиниця України (гривня).

## 18. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

---

18.1. Ця Пропозиція дійсна з **01 липня 2024 року** та діє до оприлюднення на сайті Страховика інформації про відкликання Пропозиції або оприлюднення її нової редакції. Строк дії Договору страхування зазначається у п.9 Полісу.

18.2. Дію попередніх редакцій Пропозицій, зазначених нижче, припинено у зв'язку з оприлюдненням нової редакції Пропозиції.

18.2.1. Перелік попередніх редакцій Пропозиції (в режимі гіпер-посилання):

[Пропозиція № md2mi23 від 25.12.2023 для договорів, укладених з 25.12.2023 до 30.06.2024 \(включно\)](#)

[Пропозиція № md1mi23 від 28.07.2023 для договорів, укладених з 28.07.2023 до 24.12.2023 \(включно\)](#)

18.2.2. Укладені договори діють на умовах Пропозиції, що діяла протягом відповідного періоду.

### ПРОГРАМИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ

Таблиця 1

Назва Програми страхового продукту	“Еліт”	“Стандарт”
Страхова сума	Згідно з п.7 Пропозиції	Згідно з п.7 Пропозиції
Франшиза	Не застосовується	Не застосовується
Територія надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку	<b>Україна</b> (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)	<b>Україна</b> (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окуповані)
Лікування за межами території України у випадку, якщо лікування неможливо здійснити в Україні*, то воно повинно бути здійснене за кордоном за вибором Страховика ( <b>в Ізраїлі, Іспанії, Південній Кореї, Туреччині або Польщі</b> , а разі, якщо лікування недоступне у вищезазначених країнах і існує небезпека для життя Застрахованої особи, то таке лікування буде <b>проводитися в будь-якій країні Європи</b> за вибором Страховика, <b>окрім Швейцарії</b> ).	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
<b>Фіксована разова виплата</b> у випадку, коли лікування дорослої Застрахованої особи ( <b>19-69 років</b> ) неможливо провести в Україні*	Ні	<b>200 000 грн</b>
Покриття витрат на лікування раку (злоякісного новоутворення) – <i>згідно з п.1 Таблиці 2</i>	Так	Так
Покриття витрат на трансплантацію кісткового мозку - <i>згідно з п.2 Таблиці 2</i>	Тільки для дітей (1-18 років)	Тільки для дітей (1-18 років)
Покриття витрат на репатріацію - <i>згідно з п.3 Таблиці 2</i>	Так	Тільки для дітей (1-18 років)

Покриття додаткових витрат при лікуванні за кордоном - згідно з п.4 Таблиці 2	Так	Тільки для дітей (1-18 років)
---	-----	-------------------------------

**\* Сторони Договору погодили вважати, що лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов:**

- якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться;
- Лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування;
- в разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів), це становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
- якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору страхування.

**ОПИС ПОСЛУГ,  
ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ОПЛАТІ СТРАХОВИКОМ,  
якщо це передбачено обраною Програмою страхового продукту  
(згідно з Таблицею 1 Додатку №1 до Пропозиції)**

Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при настанні Страхового випадку:

<b>1. Лікування раку (злоякісного новоутворення)</b>
<p><b>1.1. Витрати на лікування, що проводиться Застрахованій особі з приводу діагностованого захворювання, яке визнано страховим випадком, а саме:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується <u>10 (десяти) календарними днями</u>, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще <u>на 8 (вісім) календарних днів</u>. Дане обмеження не стосується страхового покриття по трансплантації життєво - важливих органів та/або реабілітації;</li> <li>– огляд лікарів, в тому числі лікарів-фахівців;</li> <li>– діагностичні медичні втручання, що виконуються медичними організаціями, в тому числі лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;</li> <li>– лікувальні медичні втручання в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за Погодженням зі Страховиком;</li> <li>– трансплантація, що проводиться ліцензованим медичним закладом за Погодженням зі Страховиком у випадках, передбачених Договором та обраною Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1);</li> <li>– імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантантів на суму не більше еквіваленту <b>600 000 (шістсот тисяч) гривень на рік</b> на один страховий випадок;</li> <li>– лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.</li> <li>– Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури, під час та після проведення лікування в межах загального ліміту страхової суми, передбаченої Програмою страхового продукту. При цьому, покриттям передбачено придбання лише ліків, затверджених FDA и ЕМА. Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати <u>14 (чотирнадцяти) робочих днів</u>.</li> </ul>
<b>2. Трансплантація кісткового мозку</b>
<p><b>2.1. Для здійснення лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, яке було діагностовано у Застрахованої особи віком від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років, протягом строку чинності Договору страхування, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту, може бути застосовано трансплантацію кісткового мозку за дотримання таких сукупних умов:</b></p>

- два лікаря-спеціаліста у відповідній галузі медицини підтвердять потребу трансплантації на підставі прийнятих медичних критеріїв;
- трансплантація проводиться у визнаній лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проведено трансплантація кісткового мозку;
- трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікуванням з метою дослідження або розслідування;
- трансплантація проводиться відповідно до прийнятих етичних стандартів тієї країни, де проводиться трансплантація;
- наявність кісткового мозку, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі.

## **2.2. При цьому Страховик сплачує наступні витрати, пов'язані з наданням нижчезазначених послуг при настанні Страхового випадку:**

- з трансплантації, яка проводиться через Постачальника послуг у визнаному у цій галузі лікувальному закладі, відповідно до страхових лімітів, зазначених нижче, до тих пір, поки трансплантація здійснюється у лікарні, яка погоджена зі Страховиком;
- трансплантація, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів встановлених нижче;
- витрати на діагностику, медичне лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантація або лікування відповідно до Програми страхового продукту;
- оплата праці лікаря-хірурга та витрати на операційну, що понесені під час трансплантації або медичного лікування відповідно до Програми страхового продукту;
- оплата госпіталізації в лікарні, до 30 днів до пересадки або за медичне лікування та до 335 днів після їх проведення, у тому числі медичних оглядів, лабораторних аналізів, лабораторних тестів і лікарських засобів протягом усього періоду госпіталізації.

## **2.3. Страховик оплачує супутні витрати на лікування в межах, встановлених нижче:**

2.3.1. Пошук відповідного донорського органу/тканини для трансплантації, його збереження та транспортування до місця трансплантації – в межах ліміту **1 000 000,00 (один мільйон) грн** або покриття витрат щодо прижиттєвого донора в межах зазначеної суми:

- лікарняні послуги, що надаються донору, включаючи розміщення в лікарні, палаті чи відділенні лікарні, харчування;
- послуги загального медичного догляду або послуги, які регулярно надаються персоналом Медичного закладу;
- лабораторні дослідження, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі вилучення органу або тканини, призначеної для трансплантації);
- хірургічне втручання та медичні послуги з видалення органу/тканини донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі;
- витрати на проїзд та повернення прижиттєвого донора до місця проведення трансплантації кісткового мозку (ТКМ) та назад обмежені вартістю квитка економ-класу в обидві сторони виключно з метою передачі органів/тканин Застрахованій особі;
- витрати на проїзд і повернення живого донора від передбачуваного готелю до стаціонару або до лікуючого лікаря і назад;



– витрати на проживання прижиттєвого донора під час перебування за кордоном в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера, виключно з метою трансплантації кісткового мозку Застрахованій особі.

2.3.2. Витрати на проїзд та повернення до місця проведення трансплантації кісткового мозку – до максимальної вартості авіаквитка в економ-класі в обидва кінці для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб, в межах ліміту **200 000 (двісті тисяч) грн.**

2.3.3. Витрати на спеціальне медичне повітряне транспортування та розумні витрати на наземний транспорт від аеропорту до лікарні, якщо Застрахована особа, на думку лікаря Страховика, за медичними показаннями непридатна для польоту регулярним комерційним рейсом, в межах ліміту **1 000 000 (один мільйон) грн.**

2.3.4. Витрати на проживання – необхідні з єдиною метою – пересадка органів/тканин для Застрахованої особи для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб в межах ліміту **2 200 000 (два мільйони двісті тисяч) грн.**

2.3.5. Вибір готелю здійснюється з урахуванням наявності та близькості до Медичного закладу або лікуючого лікаря.

2.3.6. Витрати, пов'язані з поїздкою лікаря-експерта до країни проживання Застрахованої особи – для проведення трансплантації кісткового мозку, залежно від конкретного страхового випадку, для одного страхового випадку, за умови, що загальна вартість не перевищує еквівалент **4 800 000 (чотири мільйони вісімсот тисяч) грн.**

### **3. Витрати на репатріацію**

3.1. Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору за Програмою страхового продукту, що включають в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах ліміту– **200 000 (двісті тридцять тисяч) гривень.**

### **4. Додаткові витрати при лікуванні за кордоном**

4.1. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – квиток економ-класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, до місця проведення діагностики та/або лікування, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено діагностику та/або лікування.

4.2. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує, в місці проведення діагностики та/або лікування. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря. Строк проживання в країні лікування обмежується 10 (десятьма) календарними днями, цей період може бути продовжений на 8 (вісім) календарних днів після здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі.

4.3. У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – допомога в отриманні візи, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

**4.4.** У разі проведення лікування за кордоном у випадках, передбачених Програмою страхового продукту (Таблиця 1 Додатку 1) – послуги усного та письмового перекладу, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.

Перший Заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС» Межебицький Максим Станіславович, який діє на підставі довіреності №1429/18 від 01.12.2023 року.