

Програма «Міні-ДМС»

Цей Договір добровільного медичного страхування (приєднання) (надалі - Договір), укладено відповідно до Закону України «Про страхування», Правил № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Правила).

Договір складається з Оферти (Частина I, II, III) та Заяви- Акцепту.

Частина I «Загальна частина»

1. Страховик

СК «ARX»\* (попередня назва СК «АХА Страхування»)

1.1. Повірений, від імені та за дорученням Страховика

ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «КРЕДІ АГРІКОЛЬ БАНК»  
01004, Київ, вул.Пушкінська, 42/4 МФО 321024, ЄДРПОУ 14361575.

2. Страхувальник

Фізична особа, що приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, шляхом підписання заяви-приєднання (акцепту) до цього договору, і яка таким приєднанням укладає Договір страхування на свою користь.

3. Застрахована особа

Фізична особа, на користь якої Страхувальник уклав даний договір, шляхом підписання Заяви - акцепту. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша фізична особа за призначенням Страхувальника, а саме та обмежуючись: чоловік/дружина, батьки Страхувальника віком до 64 років включно; дитина Страхувальника віком від трьох років.

У випадку страхування дитини Страхувальника, обов'язкова наявність договору страхування за цією програмою у самого Страхувальника на цей же час.

Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується як Сторона, а разом - Сторони, уклали цей Договір про наступне:

4. Предмет Договору

Предметом Договору є страхування майнових інтересів Страхувальника, що не суперечать Законодавству та пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

Згідно умов цього Договору Страховик зобов'язується здійснювати організацію та фінансування медичної допомоги та медичних послуг, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованій особі відповідно до Програми добровільного медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору.

5. Страхова сума. Ліміти відповідальності

5.1. Страхова сума на одну Застраховану особу за Договором, грн. - 55 000,00 в рік (п'ятдесят п'ять тисяч гривень)

5.2. Ліміт за опцією «Швидка та невідкладна медична допомога», грн. - 10 000,00 в рік.

5.3. Ліміт за опцією «Невідкладна стаціонарна допомога»: організація та сплата послуг екстреної стаціонарної допомоги за життєвими показаннями, необхідність в якій була рекомендована лікарем в термін до 12 год ( гострий стан) » - в межах страхової суми, в тому числі:

5.3.1. Ліміт за опцією «Перебування та проведення операцій», грн - 20 000,00 в рік

5.3.2. Ліміт за опцією «Медикаментозне забезпечення та виробу медичного призначення, необхідні в післяопераційний період», грн - 25 000,00 в рік

## 6. Страховий тариф

Страховий тариф за Договором, 1,418%

## 7. Страховий платіж

Річний страховий платіж за Договором, грн. - 780,00

## 8. Порядок сплати страхового платежу

8.1. Страховий платіж сплачується одноразово, в повному обсязі, до початку дії Договору.

## 9. Строк та умови дії договору

9.1. Строк дії договору - один календарний рік.

9.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дати початку дії Договору, яка вказана в п.8.1 Заяви-акцепту, та діє до 24-00 дня, вказаного в п. 8.2 Заяви - акцепту як дата закінчення дії Договору.

9.3. Період очікування становить 1 календарний місяць. Страхове покриття починає дію через 1 календарний місяць після підписання заяви акцепту та сплати страхового платежу в повному обсязі.

## 10. Територія страхування

Україна (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).

## 11. Порядок укладання Договору

11.1. Текст цього Договору є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України (надалі – Оферта).

11.2. Оферта підписується в одному екземплярі Страховиком, який зберігається у нього. Страхувальник може укласти договір Страхування приєднавшись до Договору шляхом підписання Заяви – приєднання (акцепту) до Договору (приєднання) та сплативши страховий платіж.

11.3. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати фізична особа - Страхувальник шляхом приєднання до Договору. Для приєднання до Договору Страхувальник повинен заявити про цей намір Страховику через Повіреного.

11.4. Страхувальник, виражаючи свій намір приєднатися до Договору, повинен попередньо ознайомитись з умовами Оферти та отримати згоду на страхування від Застрахованої особи, а також повідомити Страховика опосередковано через Повіреного достовірну інформацію про себе та Застраховану особу, необхідну для укладення договору, ознайомитись з інформацією про фінансову послугу, що йому надається, та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. При цьому, вважається, що здійснивши всі вищевказані дії, Страхувальник заявив Страховику про свій намір укласти Договір. Після здійснення цих дій, Страхувальник отримує можливість оплатити Договір.

11.5. Страхувальник отримує оформлену на папері Заяву (акцепт), яку потрібно підписати самостійно та забезпечити підпис Застрахованої особи в 2 (двох) примірниках: один для Страхувальника, інший – для Страховика, що передається представнику Повіреного після її підписання. При цьому, ознайомитися з умовами Оферти та отримати її копію можна безпосередньо у відділенні Повіреного.

11.6. Оформлена Заява (акцепт), яка підписана Страхувальником та засвідчена Представником Страховика, надає право Страхувальнику вимагати від Страховика виконання обов'язків, зазначених у Договорі.

11.7. Договір, який складається з Оферти та Заяви (акцепту), вважається укладеним у спрощений спосіб у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України із моменту приєднання Страхувальника до умов Договору (Оферти) шляхом повної оплати Страхувальником страхового платежу Повіреному у розмірі, передбаченого п. 6 Заяви (акцепту) та підписання Заяви (акцепту).

## 12. Особливі умови / додаткова інформація

12.1. Страховий захист діє цілодобово.

12.2. Всі розрахунки за цим Договором здійснюються у грошовій одиниці України.

## Частина II «Умови страхування»

### 1. Визначення основних понять та термінів

- 1.1. Асистанс - підрозділ Страховика, який забезпечує обслуговування застрахованих осіб за договорами добровільного медичного страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування.
- 1.2. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо), які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства тощо).
- 1.3. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 1.4. Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням причин відмови.
- 1.5. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.6. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася після набуття чинності договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Вигодонабувачу).
- 1.7. Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов договору страхування.
- 1.8. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.9. Норматив на ведення справи – норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 40% від страхового платежу.
- 1.10. Заява – Заява-Акцепт до Договору добровільного медичного страхування (приєднання).
- 1.11. Повірений - юридична особа, що діє від імені та на підставі доручення Страховика, на договірних засадах уповноважена ним на інформування і консультування страхувальників щодо страхових послуг Страховика, а також на проведення роботи щодо укладення та обслуговування договорів страхування.

### 2. Дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку

- 2.1. При настанні випадку, що має ознаки страхового, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, якщо претендує на визнання випадку страховим, повинна повідомити Асистанс за телефоном, що вказаний в Заяві, наступну інформацію:
  - 2.1.1. прізвище, ім'я, та дату народження Застрахованої особи;
  - 2.1.2. за можливості, номер договору, який вказано в Заяві;
  - 2.1.3. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;
  - 2.1.4. контактний телефон;Лікар – координатор Асистанса проводить ідентифікацію та чинність індивідуального номеру, надає медичні консультації та, у разі необхідності, скеровує Застраховану особу у відповідний медичний заклад, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа, якщо вона претендує на визнання випадку страховим та на відповідну сплату послуг, має виконувати інструкції Асистанса.
- 2.2. Медична допомога за умовами Договору надається при наявності документу, що посвідчує Застраховану особу та на підставі гарантії Асистанса.
- 2.3. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими укладено Договори про співробітництво, відповідно до Програми страхування.
- 2.4. У виключних випадках, при необхідності отримати медичну допомогу в медичному закладі, з яким Страховик/Асистанс не має договірних стосунків, Застрахована особа, якщо претендує на сплату таких послуг Страховиком, має попередньо погодити своє звернення з Асистансом/Страховиком.

### 3. Порядок та умови здійснення страхової виплати

- 3.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках Програми страхування, або, у разі самостійної сплати Застрахованою особою послуг та медикаментів, при умові додержання вимог п.2 Частини II Договору, Застрахованій особі безпосередньо.
- 3.2. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість.

- 3.3. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати визначений договорами між Страховиком/Асиансом та закладами, що обслуговують Застраховану особу.
- 3.4. У виключних випадках, за умов дотримання умов п.2 Частини II Договору, страхова виплата Застрахованій особі здійснюється шляхом відшкодування 100% витрат в рамках ліміту за опцією.
- 3.5. Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари, мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги. Перелік документів, що підтверджують страховий випадок, який Застрахована особа у разі бажання відшкодування витрат, повинна надати Страховику:
- 3.5.1. заява на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком – наведена на Сайті Страховика за адресою: <http://vyplaty.arx.com.ua>;
- 3.5.2. засвідчена Застрахованою особою копія паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію);
- 3.5.3. засвідчена Застрахованою особою копія ідентифікаційного номеру;
- 3.5.4. оригінал виписки зі стаціонарної карти хворого або/та довідка, видна при наданні швидкої та невідкладної медичної допомоги (у разі отримання такої послуги), з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування, протоколу операції;
- 3.5.5. оригінали рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
- 3.5.6. оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);
- 3.5.7. оригінали касових та/або відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів.
- 3.6. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю або має приватний статус, необхідно надати наступні документи:
- 3.6.1. копія ліцензії на право надання таких послуг;
- 3.6.2. копія витягу з єдиного державного реєстру (свідоцтва про державну реєстрацію).
- 3.7. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Застрахованою особою, в термін не пізніше 30 календарних днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну тимчасової непрацездатності («перебування на лікарняному»)/виписки зі стаціонару, а також не пізніше 30 календарних днів після припинення або дострокового припинення цього Договору, якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.
- 3.8. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого, незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.
- 3.9. Перелік документів на страхову виплату, зазначені в п.3.5 Частини II Договору необхідно надати представнику Страховика за адресою: Центр виплат СК «ARX» (<https://arx.com.ua/kontakty/>) або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8. У випадку, якщо оригінали документів пересилаються поштою, рекомендується відправити їх листом з повідомленням, щоб уникнути можливої втрати при пересилці.
- 3.10. Рішення про страхову виплату, або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асиансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
- 3.11. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асиансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
- 3.12. Загальна сума страхової виплати по Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією (якщо такий передбачений Програмою страхування), встановленої Договором для цієї Застрахованої особи.
- 3.13. Страховик не відшкодує витрати, які виникли після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії Договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи. Винятком є стаціонарне лікування, яке розпочалось в період дії Договору. В даному випадку Страховик відшкодує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору по Застрахованій особі або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж 15 (п'ятнадцять) календарних днів після закінчення дії Договору. Страхове покриття здійснюється в рамках страхової суми, встановленої в п. 5 Частини I Договору. Датою настання страхового випадку вважається дата госпіталізації.

#### 4. Порядок зміни і припинення дії Договору

- 4.1. Договір страхування укладається на підставі заяви Страхувальника як передбачено п. 11 I Частини Договору.
- 4.2. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність у разі:

- 4.2.1. закінчення строку дії Договору;
- 4.2.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 4.2.3. смерті Застрахованої особи чи втрати ним дієздатності. В цьому випадку Страхувальник може претендувати на дострокове припинення Договору із поверненням частин невикористаного страхового платежу;
- 4.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 4.2.5. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним;
- 4.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 4.3. Сторони повністю звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором у разі виникнення обставин нездоланної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 3 (трьох) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин нездоланної сили належать:
  - 4.3.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, які унеможливають виконання обов'язків по цьому Договору;
  - 4.3.2. землетрус та інші стихійні лиха, військові дії, маневри військ, народні заворушення, епідемії, окрім епідемії ГРВІ, пандемії, які офіційно оголошені та які виникли на території України після укладення Договору та які відбуваються в місці знаходження Застрахованої особи.
- 4.4. Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 4.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
  - 4.5.1. Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, розмір яких вказаний в п. 1.9 Частини II цієї Оферти, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат;
  - 4.5.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 4.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:
  - 4.6.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;
  - 4.6.2. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником або Застрахованою особою умов Договору, то Страховик повертає йому сплачені страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором на дату дострокового припинення дії Договору та Заявлених але не сплачених страхових виплат.

## 5. Права та обов'язки Сторін

- 5.1. Страховик зобов'язаний:
  - 5.1.1. ознайомити опосередковано через Повіреного, Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;
  - 5.1.2. в день оформлення Договору видати Страхувальнику його примірник Заяви (акцепту), що засвідчує право Застрахованої особи на отримання страхових послуг відповідно до умов цього Договору, та, за вимогою Страхувальника, - копію Оферти.
  - 5.1.3. на підставі підписаної Заяви та сплаченого страхового платежу передати дані про Застраховану особу та умови Програм страхування на обслуговування в Асистанс;
  - 5.1.4. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
  - 5.1.5. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;
  - 5.1.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
- 5.2. Страховик має право:
  - 5.2.1. перевіряти надану Страхувальником при укладанні Договору інформацію, в тому числі про стан здоров'я Застрахованої особи;
  - 5.2.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до правоохоронних органів, банків, страхових компаній, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;
  - 5.2.3. перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
  - 5.2.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених в п. 3.3. Частини III Договору та у разі якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі);
  - 5.2.5. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.
- 5.3. Страхувальник зобов'язаний:



- 5.3.1. вносити страхові платежі в безготівковій формі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором та Заявою;
  - 5.3.2. при укладанні Договору за запитом Страховика надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (інформацію про стан здоров'я, вік Застрахованих осіб);
  - 5.3.3. під час дії Договору інформувати Страховика у будь-який спосіб протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про будь-які зміни страхового ризику, а також про зміну прізвищ, адрес, інших реквізитів, що стосуються Страхувальника та Застрахованої особи;
  - 5.3.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
  - 5.3.5. дотримуватись умов Договору;
  - 5.3.6. Відповідно до чинного законодавства, отримати згоду Застрахованої особи, на користь якої укладається договір страхування
  - 5.3.7. Згода Застрахованої особи засвідчується нею особисто власним підписом в Заяві-приєднанні (акцепті) до договору страхування.
- 5.4. Страхувальник має право:
    - 5.4.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору;
    - 5.4.2. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
    - 5.4.3. на отримання дублікату Заяви-Акцепту у разі втрати оригіналу;
    - 5.4.4. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
    - 5.4.5. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку.

## **6. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору**

- 6.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
- 6.2. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Застрахованій особі Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Застрахованій особі, яка набуває прав Страхувальника, пені у розмірі 0,01% від розміру належної страхової виплати за кожен день прострочення виконання грошового зобов'язання, але не більше 10% від страхової виплати.

## **7. Порядок вирішення суперечок**

- 7.1. Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.

## **8. Інші умови**

- 8.1. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.
- 8.2. При втраті Заяви-Акцепту Застрахована особа зобов'язана сповістити про це Страховика або Повіреного у будь-який спосіб. Втрачена Заява вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат.
- 8.3. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування, призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великобританії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.
- 8.4. Страхувальник та/або Застрахована особа – фізична особа, шляхом приєднання до цього Договору, надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цьому Договорі так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестраховування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник – фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД.

8.5. Приєднанням до цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Повіреного та/або на веб-сайті Повіреного, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення 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 укладення Договору.

8.6. Сторони домовилися, що перелік медичних закладів для організації та оплати медичних послуг опосередковано через Асистанс розміщується Страховиком на його офіційному сайті за наступною адресою [www.agx.com.ua](http://www.agx.com.ua) та підтримується Страховиком у актуальному стані.

8.7. Невід'ємними частинами цієї Оферти є:

8.7.1. Частина I «Загальна частина»;

8.7.2. Частина II «Умови страхування»;

8.7.3. Частина III «Програма страхування. Виключення»;

8.7.4. Частина IV «Заява-Акцепт. Зразок».

### Частина III «Програма страхування. Виключення»

#### 1. Страхові ризики та випадки

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Асистансу з метою телефонного консультування та до медичного або фармацевтичного закладу за направленням Асистансу з метою одержання медичних послуг, а саме надання швидкої та невідкладної медичної допомоги та/або невідкладного стаціонарного лікування за життєвими показаннями, необхідність в якому була рекомендована лікарем в термін до 12 год ( гострий стан).

#### 2. Опис програми страхування.

##### 2.1. Опція1: Медичний диспетчер.

Дана опція забезпечує надання допомоги з наступних медичних питань:

2.1.1. підбір лікувально-профілактичного закладу, а саме: вибір профілю медичного закладу та лікаря-спеціаліста, інформування про графік роботи установи і часу прийому лікарів - спеціалістів, орієнтовна вартість послуг і консультацій;

2.1.2. пошук медикаментів, а саме надання інформації про наявність медикаментів в аптеках міста та їх вартість;

2.1.3. організація другої думки, що включає в себе пошук альтернативного медичного закладу та лікаря-спеціаліста, а також діагностичних методів дослідження для підтвердження діагнозу.

2.1.4. Дзвінки приймаються цілодобово і обслуговуються кваліфікованими лікарями – координаторами Асистансу.

##### 2.2. Опція2: Швидка та невідкладна медична допомога

2.2.1. Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

2.2.2. Ліміт відповідальності по даній опції становить 10 тис грн. але, але не більше двох викликів на рік .

2.2.3. Склад опції:

2.2.3.1. виїзд бригади швидкої медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;

2.2.3.2. реанімаційні заходи;

2.2.3.3. медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого);

2.2.3.4. транспортування каретою швидкої допомоги до лікувального закладу;

##### 2.3. Опція 3: Невідкладна стаціонарна допомога

2.3.1. Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги в стаціонарі, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, лікар поліклініки).

2.3.2. Склад опції:

2.3.2.1. перебування Застрахованої особи загальною тривалістю до 15 днів за одним страховим випадком в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в державних медичних установах та в 1-2 місних палатах в приватних медичних установах;

2.3.2.2. при здійсненні невідкладної госпіталізації, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю, тобто умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати з стандартами обслуговування, передбаченими категорією програми;

- 2.3.2.3. харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;
  - 2.3.2.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
  - 2.3.2.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
  - 2.3.2.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм), діагностика та лікування супутніх захворювань в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
  - 2.3.2.7. терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
  - 2.3.2.8. перебування у відділенні інтенсивної терапії;
  - 2.3.2.9. використання операційного блоку та післяопераційної палати;
  - 2.3.2.10. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
  - 2.3.2.11. фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
  - 2.3.2.12. лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;
  - 2.3.2.13. перебування одного з батьків в стаціонарі разом з дитиною (що є Застрахованою особою за Договором), вік якої менше повних 6 (шести) років (Страховиком сплачується тільки ліжко-місце, без харчування)- сплачується перебування дорослої супроводжуючої особи 100%;
  - 2.3.2.14. експертиза тимчасової непрацездатності з видачею листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі, одному з батьків Застрахованої особи по догляду за дитиною, якщо Застрахована особа – дитина (тільки у випадках, коли Застрахована особа обслуговується в медичному закладі державної форми власності);
  - 2.3.2.15. надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина, та лікування проводилось в медичних закладах державної форми власності.
- 2.3.3. Ліміт відповідальності в межах страхової суми, але окремо встановлюються ліміти для таких опцій:
- 2.3.3.1. Ліміт за опцією «Перебування та проведення операцій», грн - 20 000,00 в рік.
  - 2.3.3.2. Ліміт за опцією «Медикаментозне забезпечення та виробли медичного призначення, необхідні в післяопераційний період», грн - 25 000,00 в рік.

### 3. Виключення

- 3.1. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
- 3.1.1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани;
  - 3.1.2. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
  - 3.1.3. Лепра;
  - 3.1.4. вірусні гепатити, цироз печінки, хронічна ниркова та печінкова недостатність;
  - 3.1.5. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;
  - 3.1.6. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади;
  - 3.1.7. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта, пневмосклероз, остеопороз та ін.);
  - 3.1.8. особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95;
  - 3.1.9. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;
  - 3.1.10. злयाкісні новоутворення, туберкульоз та їх ускладнення;
  - 3.1.11. захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, мото та автоспортом, тощо);
  - 3.1.12. надання медичної допомоги внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні.
  - 3.1.13. хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність);
  - 3.1.14. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
  - 3.1.15. системні захворювання сполучної тканини;
  - 3.1.16. операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;
  - 3.1.17. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, окрім металоконструкцій для остеосинтезу, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
  - 3.1.18. експериментальні та нетрадиційні методи лікування, методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах " Про затвердження клінічних протоколів лікування".



- 3.1.19. операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами);
- 3.1.20. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асиансом /Страховиком;
- 3.1.21. захворювання та травми, що настали внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу;
- 3.1.22. захворювання та травми, що настали внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 3.1.23. захворювання та травми у випадку подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації.
- 3.2. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 3.2.1. недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря, затверджених наказами МОЗ України;
- 3.2.2. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
- 3.2.3. отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування
- 3.2.4. використання Заяви (Акцепту) особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.
- 3.3. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:
- 3.3.1. будь - яких медикаментів, не призначених лікарем;
- 3.3.2. будь - яких медикаментів, офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби;
- 3.3.3. будь - яких медикаментів, спрямованих на лікування захворювання поза стаціонарним лікуванням;
- 3.3.4. психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків;
- 3.3.5. придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення (окрім шурупів, болтів, спиць та металоконструкцій для остеосинтезу) імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірців Шанса, бандажів, фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзерів.

#### 4. Асианс

Центр з медичного асиансу СК «АРХ»

Адреса: 08310 , Київська обл., Києво-Святошинський район, с. Петропавлівська Борщагівка, вул. Петропавлівська 14.

Email: [cma@arx.com.ua](mailto:cma@arx.com.ua), Skype: ARX

Телефон - 044 498 03 03.

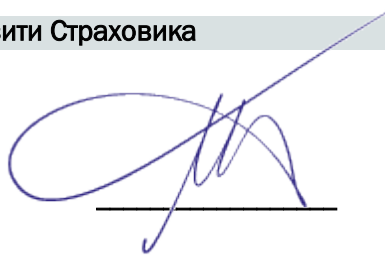
Телефон з послугою Callback - 044 498 03 00.

Загальна лінія СК - 0 800 30 272 3;

#### Реквізити Страховика

**Страховик**

**Перший заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС»**



**Межебицький М.С**

\*СК «АРХ» є комерційним найменуванням АТ «СК «АРКС»