

Частина I «Загальна частина»

Цей Договір добровільного медичного страхування та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (приєднання) (надалі - Договір), укладено відповідно до Закону України «Про страхування», Правил № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за № 0350812, Правил № 028 Добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за № 0490256 (надалі кожні окремо – Правила) та Ліцензій АВ 483282 та АВ 483294. Договір складається з Оферти (Частина I,II, III) та Заяви- Акцепту (зразок – Частина IV).

1. Страховик

СК «ARX»*, 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8 Код ЄДРПОУ 20474912; Тел.:0(44) 499-2-499; факс:(044) 495-22-54

1.1 Повірений

АТ «УКРСИББАНК», 04070, м. Київ, вул. Андріївська, 2/12, МФО 351005, Код ЄДРПУ 09807750

2. Страхувальник

Дієздатна фізична особа, що приєдналася до цього договору відповідно до умов і положень статті 634 Цивільного кодексу України, підписавши Заяву – приєднання (акцепт) 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 дієздатна фізична особа за призначенням Страхувальника.

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 з умовами цього Договору Страховик зобов'язується здійснювати організацію та фінансування медичної допомоги та медичних послуг, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованим особам 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

Страхова сума за Договором, грн. — 30 000,00

6. Страховий тариф

Страховий тариф за Договором, % – **0,1%**

7. Страховий платіж

Страховий платіж за Договором (за один страховий період), грн. – **30,00**

8. Порядок сплати страхового платежу

- 8.1.** Страхові платежі сплачуються у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного страхового періоду, шляхом списання коштів з власного рахунку Страхувальника, відкритого у Повіреного.
- 8.2.** Страховий період - період часу, який починається з 00 год. 00 хв. 5 - го числа календарного місяця та закінчується о 24 год. 00 хв. 4 - го числа наступного за ним календарного місяця.

9. Строк та умови дії договору

- 9.1.** Договір набуває чинності в дію з дати, зазначеної в п. 8.1. Заяви – приєднання (акцепту) та діє протягом строку дії зазначеного в п.8.2. Заяви – приєднання (акцепту), який дорівнює одному страховому періоду, за умови, що до дати набуття Договором чинності, Страхувальник сплатив Страховику страховий платіж у розмірі, визначеному в п. 7 Частини I Договору.
- 9.2.** Строк дії Договору та дія страхового захисту (відповідальність Страховика) продовжується автоматично з настанням 24. год. 00 хв. кожного останнього дня строку дії Договору на строк, що дорівнює одному страховому періоду за умови відсутності заяв Сторін Договору про бажання припинити дію Договору відповідно до п. 4.4. Частини II Договору та наявності оплати страхового платежу за страховий період, на який пролонгується Договір, у порядку передбаченому п. 8.1. Частини I Договору.
- 9.3.** Якщо станом на 00 год. 00 хв. 5 - го числа календарного місяця початку дії нового страхового періоду Договору страхування, пролонгованого відповідно до умов п. 9.2. Частини I Договору, страховий платіж за цей страховий період не був сплачений в порядку передбаченому п. 8.1 Частини I Договору, дія страхового захисту (відповідальність Страховика) у цей страховий період не настає. Страховик не здійснює страхові виплати по будь-яким випадкам, що трапилися в страховий період, який не був оплачений, а такі випадки не вважаються страховими.
- 9.4.** Якщо під час дії страхового періоду, за який не було сплачено страховий платіж, Страховику будуть перераховані від Страхувальника грошові кошти в розмірі страхового платежу відповідно до п. 7 Частини I Договору, такий платіж враховується Страховиком як оплата за наступний страховий період, при наступній автоматичній пролонгації Договору.
- 9.5.** За період між укладенням Договору страхування та початком його дії (дії страхового захисту), жоден з випадків, що стався у такий період, не розглядається Страховиком як страховий і страхове відшкодування по ньому не виплачується.

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 інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому. Для приєднання до Договору Страхувальник повинен заявити про цей намір Страховику через Повіреного, що може бути здійснено ним безпосередньо при відвідуванні найближчого відділення Повіреного.
- 11.4.** Страхувальник, виражаючи свій намір приєднатися до Договору, повинен попередньо ознайомитись з умовами Оферти та отримати згоду на страхування від Застрахованої особи/осіб, а також обов'язково повідомити Повіреному достовірну інформацію про себе та Застраховану особу/осіб, 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 Повіреному та Страховику про свій намір укласти Договір. Після здійснення всіх дій, зазначених в п. 11.4. Частини I Договору 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, другий – для Страховика, що передається представнику Повіреного після її підписання сторонами Договору, після чого здійснює перерахування страхового платежу Повіреному. При цьому, ознайомитися з умовами Оферти та отримати її копію можна як безпосередньо у відділенні Повіреного, так і на веб-сайт Страховика і Повіреного.

11.6. Оформлена Заява (акцепт), яка підписана Страхувальником, та копія цієї Оферти засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором.

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, передбаченому 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 - юридична особа, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування застрахованих осіб за договорами добровільного медичного страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування або підрозділ Страховика, який забезпечує організацію та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування. Асистанс організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика.

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 надавати 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 30% від страхового платежу.

1.10. Заява - Заява-Акцепт до Договору добровільного медичного страхування та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (приєднання), зразок якої міститься в Частині IV до Договору.

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.

1.12. Сплачені страхові виплати - вартість послуг, які надані Застрахованій особі та сплачені Страховиком згідно з умовами договору страхування.

1.13. Заявлені, але не сплачені страхові виплати - вартість послуг, які надані Застрахованій особі згідно з умовами договору страхування, про які відомо Асистансу та Страховику, але які ще не сплачені Страховиком з об'єктивних причин (документи та рахунки медичних установ для оплати за надані послуги ще не надійшли Страховику на дату дострокового припинення дії договору страхування).

1.14. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком.

1.15. Веб-сайт Повіреного - офіційний інтернет ресурс Повіреного: www.my.uksibbank.com

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 сервісній картці або в Заяві, за наявності, який засвідчує факт страхування, наступну інформацію:

2.1.1. прізвище, ім'я, та дату народження Застрахованої особи;

2.1.2. за можливості, номер договору, який вказано в Заяві або в сервісній картці, за наявності;

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 зобов'язана 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, опосередковано через Асистанс, 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. У випадку оплати наданих медичних послуг через Асистанс заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу.

3.3. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати визначений договорами між Асистансом та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.

3.4. У виключних випадках, за умови 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 про подію та на виплату:

3.5.1.1. Якщо інше не передбачено Договором, Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування в п. 2 Частини III Договору, 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.

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

3.5.1.3. 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.

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

3.5.1.5. 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.

3.5.1.6. Крім Страхувальника, Заяву про подію та на виплату можуть надати інші уповноважені ним особи. У випадку виникнення суперечок між Сторонами стосовно інформації, наданої зазначеними особами, обов'язок доведення її достовірності/недостовірності несе Страхувальник.

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

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

3.5.4. оригінал виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого - Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного обстеження та лікування;

3.5.5. копії 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 платіжних документів 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, необхідно надати додатково наступні документи:

3.6.1. копію ліцензії на право надання таких послуг;

3.6.2. копію свідоцтва про державну реєстрацію;

3.6.3. копію свідоцтва про сплату єдиного податку/ податку на додану вартість.

3.7. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, вказаних п. 3.5 - 3.6 Частини II Договору, в тому числі в електронному вигляді.

3.8. Копією документу згідно цього Договору є його точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника/Застрахованої особи, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком/представником Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На

вимогу Страховика/представника Страховика та у визначений ними термін Страхувальник/Застрахована особа зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник/Застрахована особа гарантує, що копії документів (в т.ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документа. У разі виявлення невідповідності копії документу оригіналу, Страхувальник зобов'язується повернути Страховику виплачену останнім страхову виплату.

3.9. Документ, цифрова копія якого надається Страховику/представнику Страховика, має відповідати наступним вимогам:

3.9.1. 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;

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

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

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

3.10. Страхувальник/Застрахована особа приєднанням до цього Договору підтверджує що, надаючи Страховику чи його представнику копії документів, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки, Страхувальнику/Застрахованій особі зрозуміло, що Страховик не несе відповідальності за дії Страхувальника/Застрахованої особи. Страхувальник/Застрахована особа розуміє, що Страховик приймає надані Страхувальником/Застрахованою особою цифрові копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні оригіналів таких документів у паперовій формі.

3.11. Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути надані Застрахованою особою або її представником, в термін не пізніше 30 календарних днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну перебування на «лікарняному листі» - період тимчасової непрацездатності/виписки зі стаціонару, та 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, повної або часткової відсутності документів згідно п. 3.5 - 3.6 Частини II Договору, недотримання умов п. 2 Частини II Договору, страхове відшкодування Страховиком не здійснюється, про що Страховик письмово повідомляє Застраховану особу або Вигодонабувача з наведенням аргументації.

3.12. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові документи (у разі, якщо надана документація не дає повної інформації про випадок), що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумнівні у Страховика.

Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

3.13. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я залежно від того, кому здійснюється виплата.

3.14. Розмір страхової виплати визначається п. 3.4 Частини II Договору.

3.15. Документи на страхову виплату, перелік яких зазначений в п.3.5 - 3.6 та п. 3.12 Частини II Договору, необхідно надати представнику Страховика за адресою: **Центр виплат АТ СК «АРКС», 03124, м.Київ, вул.Вацлава Гавела, 6, літера «З» або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.**

3.16. У випадку, якщо оригінали документів пересилаються поштою, рекомендується відправити їх листом з повідомленням, щоб уникнути можливої втрати при пересилці. У випадку пересилання оригіналів документів поштою, датою надання документів є дата штемпелю на конверті та/або дата оплати послуг поштового зв'язку.

3.17. Загальна сума виплат по кожній 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.

Страхова сума та ліміти за опціями зазначені в п. 5. Частини I Договору, встановлюються з розрахунку на один страховий період дії Договору. В кожному випадку пролонгації Договору згідно з умовами п.9.2. Частини I Договору, страхова сума та ліміти за опціями на новий страховий період встановлюються в розмірі 100% вказаних в п. 5 Частини I Договору незалежно від розмірів страхових виплат, здійснених до дати відповідної автоматичної пролонгації дії Договору.

3.18. Страховик не відшкодовує витрати, які виникли після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії Договору по відношенню до конкретної Застрахованої особи, за винятком обставин, коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням або відкриттям листа тимчасової непрацездатності, розпочався в період дії Договору.. В даному випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору по Застрахованій особі або дострокового припинення дії Договору до моменту виписки Застрахованої особи із стаціонару, але не більше ніж 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 розділом 11 Частини I 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 Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
 - 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, що заперечують виконання обов'язків по цьому Договору;
 - 4.3.2.** катастрофи, землетрус, військові дії, маневри військ, народні заворушення, епідемії, окрім епідемії ГРВІ, пандемії, які офіційно оголошені та які виникли на території України після укладення Договору.
- 4.4.** Про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 4.5.** У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
- 4.5.1.** Договір припиняє свою дію шляхом звільнення Сторін від взаємних подальших зобов'язань, починаючи із першого числа наступного місяця, наступного за місяцем сплати останнього щомісячного страхового платежу Страхувальником на рахунок Страховика з урахуванням умов п. 9 Частини I Договору;
 - 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/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.
- 4.7.** По відношенню до Застрахованої особи дія Договору припиняється у випадку:
- 4.7.1.** смерті Застрахованої особи;
 - 4.7.2.** виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою в повному обсязі;
 - 4.7.3.** за вимогою Страхувальника або Страховика на умовах, визначених в п. 4.5 - 4.6 Частини II Договору, а також у разі несплати за таку особу наступного страхового платежу.
- 4.8.** Якщо в період дії Договору Застрахована особа буде визнана недієздатною, дія Договору для даної Застрахованої особи припиняється згідно п. 4.6. та 4.6.1. Частини II Договору.
- 4.9.** Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

5. Права та обов'язки Сторін

5.1. Страховик зобов'язаний:

- 5.1.1.** ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування;
- 5.1.2.** в день оформлення Договору видати Страхувальнику примірник Заяви-Акцепту, що засвідчують право Застрахованої особи на отримання страхових послуг відповідно до умов цього Договору, та, за вимогою Страхувальника, - копію Оферти.
- 5.1.3.** протягом 1 (одного) робочого дня з дати оплати страхового платежу на підставі підписаної Заяви передати перелік Застрахованих осіб 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 інформацію, в тому числі про стан здоров'я Застрахованих осіб;
- 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. 3.6. 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.** 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;

5.2.6. 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 Застрахованих осіб;
 - 5.3.4.** 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;
 - 5.3.5.** вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
 - 5.3.6.** дотримуватись умов Договору;
 - 5.3.7.** відповідно до чинного законодавства, отримати згоду кожної застрахованої особи, на користь якої укладається договір страхування;
 - 5.3.8.** 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 або сервісної картки, якщо така була в наявності, 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.** При несвоєчасній сплаті страхового платежу діють положення п.9.3. та 9.4. Частини I Договору, а страхування та обслуговування Застрахованих осіб Страховиком та Асистансом призупиняється до моменту надходження страхового платежу на рахунок Страховика.
- 8.2.** Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.
- 8.3.** При втраті сервісної картки або Заяви-Акцепту Застрахована особа зобов'язана негайно сповістити про це Страховика або Повіреного у будь-який спосіб. Втрачена Заява вважається недійсною і замінюється Страховиком на дублікат. Дублікат сервісної карти Страхувальник може отримати у найближчому відділенні Повіреного.
- 8.4.** Страхувальник повідомлений, що Страховик не надає страхове покриття / не виплачує страхове відшкодування за Договором / не встановлює та/або продовжує ділові відносини / не проводить видаткові фінансові операції / не надає фінансові та інші пов'язані послуги, якщо це порушує будь-які санкції, заборони або обмеження, запроваджені резолюціями ООН або торговельними чи економічними санкціями, законами або нормативними актами Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії, Сполучених Штатів Америки, Канади, України, та якщо клієнт є особою та/або організацією, яка включена до переліку осіб, пов'язаних із

провадженням терористичної діяльності, або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, та/або які діють від імені таких осіб, та/або якими прямо чи опосередковано володіють чи кінцевими бенефіціарними власниками яких є зазначені вище особи. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування за страховими випадками, за якими виплата страхового відшкодування не була здійснена на виконання умов першого речення цього пункту Договору, після того як зазначені в цьому пункті Договору санкції, заборони та обмеження будуть скасовані. Таке саме правило діє для видаткових операцій, які не були здійснені на виконання умов першого речення цього пункту Договору.

8.5. Страхувальник – фізична особа, шляхом приєднання до цього Договору, надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), та ПД осіб, що підписали цей договір, 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'язаним 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.

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).

8.6. Підписанням цього Договору Страхувальник-фізична особа підтверджує, що ані він, ані члени його сім'ї, ані його інші близькі родичі не є публічними діячами згідно з Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» (зокрема особами, які обіймають або обіймали керівні посади в законодавчому, виконавчому, адміністративному, військовому або судовому органі іноземної держави). Страхувальник також підтверджує, що до публічних осіб не належать застраховані особи та/або Вигодонабувач(і) за цим Договором (у разі їх наявності).

Крім того, Страхувальник підтверджує, що до нього та/або до зазначених вище осіб не застосовані будь-які національні або міжнародні санкції, 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.

8.7. Приєднанням до цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, що до моменту 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.

8.8. Сторони домовилися, що перелік медичних закладів для організації та оплати медичних послуг опосередковано через Асистанс розміщується Страховиком на його офіційному сайті за наступною адресою <https://arx.com.ua/> та підтримується Страховиком у актуальному стані.

8.9. Невід'ємними частинами цієї Оферти є:

8.9.1. Частина I «Загальна частина»;

8.9.2. Частина II «Умови страхування»;

8.9.3. Частина III «Програма страхування. Виключення»;

Частина III «Програма страхування. Виключення»

Програма страхування

1. Асистуюча компанія – Центр з медичного асистансу СК «ARX»

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

Телефон: 044 498 03 05

Загальна інфолінія СК: 0 800 30 272 3 (безкоштовно в межах України)

Телефон з послугою Callback 044 498 03 00

Електронна адреса: cma@arx.com.ua

Skype: ARX

2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до асистуючої компанії з метою телефонного консультування та до медичного або фармацевтичного закладу за направленням Асистансу та/або Страховика з метою одержання медичних послуг, а саме невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги, невідкладного стаціонарного лікування в результаті загальних захворювань та отриманих травм (опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння).

3. Опис програми страхування.

3.1. Опція 1: Медичний диспетчер

3.1.1. Дана опція забезпечує надання допомоги з наступних медичних питань:

- 3.1.1.1.** 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
- 3.1.1.2.** пошук медикаментів, а саме надання інформації про наявність медикаментів в аптеках міста та їх вартість;
- 3.1.1.3.** організація другої думки, що включає в себе пошук альтернативного медичного закладу та лікарів-спеціалістів, а також діагностичних методів дослідження для підтвердження діагнозу;
- 3.1.1.4.** придбання медикаментів зі знижкою СК «ARX»;
- 3.1.1.5.** доставка медикаментів додому та в офіс (за наявності такої послуги в аптеках, що співпрацюють з Асистансом та при вартості замовленні більше 100 грн).

3.1.2. Дзвінки приймаються цілодобово і обслуговуються кваліфікованими лікарями – координаторами Асистуючої компанії.

3.2. Опція «Дистанційні консультації лікаря»

3.2.1. Дана опція передбачає організацію та сплату консультації, яку надає лікар медичного закладу, обраного Асистансом та/або Страховиком, за допомогою телефонного зв'язку або за допомогою сторонніх додатків або месенджерів за направленням Асистанса. Організація послуги можлива згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

3.2.2. Дистанційна консультація – це процес обговорення конкретного клінічного випадку Застрахованою особою і лікарем з метою надання висококваліфікованої медичної допомоги, при чому Застрахована особа та лікар розділені географічною відстанню і для проведення консультації використовують спеціальні засоби телекомунікації.

Кількість консультацій необмежена протягом дії Договору.

3.3. Опція 2: Швидка та невідкладна медична допомога (в межах страхової суми)

3.3.1. 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. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні на базі державних та приватних медичних закладах категорії 1 - 11.

3.3.1.1. Ліміт по наданню невідкладної медичної допомоги при загальних захворюваннях, окрім травм, становить не більше двох викликів за один страховий період договору.

3.3.1.2. Ліміт по наданню невідкладної медичної допомоги при станах отриманих в результаті травм (опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння) становить необмежену кількість викликів за один страховий період договору в межах страхової суми.

3.3.2. Склад опції:

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

3.3.2.2. реанімаційні заходи;

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

3.3.2.4. транспортування каретою швидкої допомоги до лікувального закладу;

3.3.2.5. медична допомога травмпункту, медикаменти та розходні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше);

3.3.2.6. транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги;

3.3.2.7. транспортування з травмпункту додому, якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до місця призначення;

3.3.2.8. транспортування каретою швидкої медичної допомоги з одного медичного закладу в інший територією України (за медичними показаннями).

3.4. Опція 3: Невідкладна стаціонарна допомога (в межах страхової суми)

3.4.1. Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги в умовах перебування в цілодобовому 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).

3.4.2. Склад опції:

3.4.2.1. надання невідкладної стаціонарної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, яка вимагає екстреного оперативного втручання під загальним наркозом передбачена організація перебування Застрахованої особи в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в державних та приватних медичних закладах категорії 1 – 11, тривалістю до 30 діб за одним страховим випадком;

3.4.2.2. надання невідкладної стаціонарної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, яка не вимагає оперативного втручання, але вимагає екстреної госпіталізації або вимагає екстреного оперативного втручання, але не під загальним наркозом передбачена організація перебування Застрахованої особи в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в державних та приватних медичних закладах категорії 1 - 6 - з покриттям 100%, категорії 7 - 11 – з покриттям 50%, тривалістю до 30 діб за одним страховим випадком;

3.4.2.3. при здійсненні невідкладної госпіталізації, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю, тому умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати зі стандартами обслуговування, передбаченими програмою;

3.4.2.4. харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

3.4.2.5. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

3.4.2.6. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

3.4.2.7. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;

3.4.2.8. терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;

- 3.4.2.9.** забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, крім зазначених в переліку Виключень, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- 3.4.2.10.** лікування в цілодобовому стаціонарі гормональними препаратами для лікування захворювань поза списком виключень;
- 3.4.2.11.** лікування в цілодобовому стаціонарі моновітамінами та вітамінними комплексами, якщо вони призначені лікуючим лікарем;
- 3.4.2.12.** фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
- 3.4.2.13.** 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.

3.5. Невідкладна амбулаторно-поліклінічна допомога - в умовах поліклініки (в межах страхової суми)

3.5.1. Дана опція передбачає медичну допомогу при станах отриманих в результаті травм (опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння) в умовах поліклініки, яка організовується згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Організація послуг здійснюється в державних та приватних медичних закладах категорії 1 - 6 – з покриттям 100%, категорії 7 - 11 – з покриттям 50%.

3.5.2. Склад опції:

- 3.5.2.1.** Консультація лікаря-травматолога в поліклініці при виникненні проблем зі здоров'ям в наслідок отриманої травми;
- 3.5.2.2.** Організація послуг травм пункту;
- 3.5.2.3.** Проведення діагностичних інструментальних досліджень в умовах поліклініки або діагностичних центрів за призначенням лікаря-спеціаліста;
- 3.5.2.4.** Проведення медичних процедур та маніпуляцій (в тому числі малих хірургічних втручань), що можуть бути проведені в амбулаторних умовах, за призначенням лікаря-спеціаліста, з метою лікування основного захворювання;
- 3.5.2.5.** Засоби медичного призначення, витратні матеріали: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст» (білого кольору), засоби, які необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо).

Виключення

3.6. Виключення:

- 3.6.1.** не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування, окрім надання невідкладної амбулаторно-поліклінічної допомоги, невідкладного стаціонарного лікування в результаті загальних захворювань та отриманих травм (опіки, переломи, рвані рани, в т.ч. внаслідок укусів ссавців, вивихи, забої, обмороження, отруєння).;
- 3.6.2.** не визнається страховим випадком лікування, в т.ч оперативне, яке є наслідком перелічених нижче захворювань та станів:
- 3.6.2.1.** СНІД та ВІА-інфекції та інші імунодефіцитні стани;
- 3.6.2.2.** 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 примуса третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
- 3.6.2.3.** Лепра;
- 3.6.2.4.** вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;
- 3.6.2.5.** променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтвержені;
- 3.6.2.6.** психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади;
- 3.6.2.7.** вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта пневмосклероз, остеопороз та ін.);
- 3.6.2.8.** особливо небезпечні інфекції згідно з переліком, наведеним у Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95;
- 3.6.2.9.** вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальні пошкодження та їх наслідки;
- 3.6.2.10.** ожиріння;
- 3.6.2.11.** аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія, порушення менструального циклу, чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції;
- 3.6.2.12.** будь – які послуги спрямовані на настання та ведення вагітності та пологів;
- 3.6.2.13.** TORCH - інфекції та носійство;
- 3.6.2.14.** венеричні захворювання та/або захворювання, які передаються переважно статевим шляхом;
- 3.6.2.15.** алергічні захворювання, окрім надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці, гострій кропивниці та набряку Квінке;
- 3.6.2.16.** хронічна ниркова та печінкова недостатність;
- 3.6.2.17.** злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет, які діагностовані до початку дії договору, та їх ускладнення;
- 3.6.2.18.** захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо);
- 3.6.2.19.** хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність);

- 3.6.2.20.** дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
- 3.6.2.21.** системні захворювання сполучної тканини;
- 3.6.2.22.** залізодефіцитна анемія;
- 3.6.2.23.** мігрень (як основне захворювання);
- 3.6.2.24.** епілепсія;
- 3.6.2.25.** дерматологічні захворювання, в т.ч. псоріаз, екзема, себорея, алопеція, atopічні та алергічні дерматити, порушення потовідлення, ламкість нігтів та інші захворювання шкіри та придатків шкіри;
- 3.6.2.26.** гінекологічні захворювання, а саме кісти і поліпи жіночих статевих органів, ерозії, дисплазії, ектропіони шийки матки, аденоміоз, ендометріоз, фіброміома, міома матки та придатків, тощо;
- 3.6.2.27.** захворювання та стани за випадками та опціями, які не включені до програми страхування;
- 3.6.2.28.** косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування);
- 3.6.2.29.** 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;
- 3.6.2.30.** операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
- 3.6.2.31.** операції на серці;
- 3.6.2.32.** експериментальні та нетрадиційні методи лікування, методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах " Про затвердження клінічних протоколів лікування".
- 3.6.2.33.** екстракорпоральні методи лікування: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.;
- 3.6.2.34.** ліпідограма (якщо інше не передбачено програмою страхування);
- 3.6.2.35.** гідроклонолтерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія, алергопроби, імунограми;
- 3.6.2.36.** ЛФК (лікувальна фізкультура) - окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару, водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ, підводний масаж) та грязелікування;
- 3.6.2.37.** операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами);
- 3.6.2.38.** стерилізація (застосування хірургічних і фармакологічних засобів);
- 3.6.2.39.** процедури, пов'язані з корекцією зору: короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу, косоокості (в т.ч. апаратне лікування), окуляри, лінзи, тренажери;
- 3.6.2.40.** медичні послуги та лікування, пов'язані з корекцією фігури, осанки, ходи, зміною ваги;
- 3.6.2.41.** лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, в санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах;
- 3.6.2.42.** будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;
- 3.6.2.43.** консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, медикаменти, призначені з профілактичною та протекторною дією;
- 3.6.2.44.** надання медичної допомоги внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні.
- 3.6.2.45.** захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав);
- 3.6.2.46.** 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;
- 3.6.2.47.** 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;
- 3.6.2.48.** послуги косметолога, парикмахера, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата;
- 3.6.2.49.** 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.
- 3.6.3.** Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
 - 3.6.3.1.** недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря та графіку планових спостережень (патронаж) затверджених наказами МОЗ України;
 - 3.6.3.2.** створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - 3.6.3.3.** отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
 - 3.6.3.4.** отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування
 - 3.6.3.5.** Використання сервісної картки/Акцепту особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг.
- 3.6.4.** Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:
 - 3.6.4.1.** будь – яких медикаментів, не призначених лікарем;
 - 3.6.4.2.** будь – яких медикаментів, офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби;

- 3.6.4.3.** будь – яких медикаментів, спрямованих на лікування захворювання, більше 30 днів за кожною нозологією протягом року та медикаментів для прийому поза стаціонарним лікуванням;
- 3.6.4.4.** будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання;
- 3.6.4.5.** препаратів для запобігання вагітності;
- 3.6.4.6.** косметичних та гігієнічних засобів;
- 3.6.4.7.** засобів для дезінфекції;
- 3.6.4.8.** біологічно активних та харчових добавок;
- 3.6.4.9.** психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків;
- 3.6.4.10.** препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол);
- 3.6.4.11.** стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші);
- 3.6.4.12.** препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги;
- 3.6.4.13.** придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення (окрім шурупів, болтів, спиць та пластин) імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металокопструкцій для остеосинтезу, в т.ч. фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзерів.

**Директор Департаменту особистого страхування
АТ «СК «АРКС»**



Срібний С.М.

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