

м.

Договір №

Дата укладання:

р

Цей Договір добровільного медичного страхування (надалі - Договір) укладено згідно з Ліцензією на добровільне медичне страхування АВ483282 від 17.09.2009 р. Правилами № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) - нова редакція, (надалі – Правила) із дотриманням вимог Закону України «Про страхування».

1. Страховик	СК «ARX»			
	Адреса:	04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8		
	Код ЄДРПОУ:	20474912	Телефон/Факс: (044) 499-24-99	
	Реквізити для сплати платежу:	UA713510050000026503253730300 АТ «УкрСиббанк» МФО 351005, ЄДРПОУ: 20474912		
2. Страхувальник	П.І.Б.			
	Адреса:			
	ПІН:	Дата народження:		
3. Застрахована особа (Вигодонабувач)	П.І.Б.			
	Адреса:			
	ПІН:	Дата народження:		
4. Строк дії договору	4.1. Дата початку дії:	4.2. Дата закінчення дії:		
	4.3. Період очікування та Період відповідальності по страховому випадку	180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування. Протягом періоду очікування будь-яке захворювання, яке було діагностовано, або перші симптоми/свідчення (ознаки) які були зафіксовані в медичних документах, не можуть бути підставою для отримання страхового відшкодування протягом усього терміну дії страхового покриття. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування. При пролонгації Договору через один рік після початку його дії та подальших пролонгаціях на щорічні терміни щодо Застрахованої особи «Період очікування» не застосовується, якщо між щорічними термінами не було перерви. <b>Період відповідальності по страховому випадку:</b> період, тривалістю 365 днів, який починається з моменту початку надання послуг відповідно до умов цього Договору у зв'язку з подією, яка визнана страховим випадком. <b>У разі настання страхового випадку за цим Договором страхування, Договір страхування не поновлюється на наступний страховий період.</b>		
	5.1. Страхова сума на річний період	500 000 Євро		
5.2. Ліміт на транспортування та проживання	10 000 Євро			
6. Страховий тариф на річний страховий період	___%			
7. Страховий платіж	7.1. Страховий платіж, Євро	____,00 Євро		
	7.2. Періодичність сплати платежу	Одноразово <input checked="" type="checkbox"/>		
	7.3. Страховий платіж, грн	____,00 грн. (+ прописом)		
	7.4. Строк сплати страхового платежу	№ платежу	Сплатити до	Платіж в грн
		1		
7.5. Порядок сплати страхового платежу:	Страховий платіж сплачується Страхувальником у грошовій одиниці України відповідно до обраної періодичності (пункт 7.2 Договору), розміру та графіку сплати платежу зазначеного в п.7.4. Договору шляхом зарахування грошових коштів на банківський рахунок Страховика.			

## 8. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ ТА ПОНЯТЬ.

**Програма страхування** - комплекс опцій, конкретних умов страхування, набір медичних та інших послуг та видів допомоги розроблений компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні цього Договору страхування.

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

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

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

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

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

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

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

**Лікарські препарати** - будь-яка речовина або комбінація речовин, які можуть використовуватися або застосовуватися щодо Застрахованої особи з метою відновлення, корекції або зміни фізіологічних функцій, обумовлюючи фармакологічну, імунологічну або метаболічну дію, або для проведення медичної діагностики, яку можна отримати тільки за рецептом лікаря у ліцензованого фармацевта.

Рецепти, виписані на фірмові препарати, дійсні також і для аналогів (дженериків) фірмового препарату з такими ж активними інгредієнтами, дією і лікарською формою, як у фірмового препарату.

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

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

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

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

**Лікар** – спеціаліст (експерт) у певній галузі медицини, який на законних підставах уповноважений здійснювати медичну практику у Країні призначення.

**Лікарня** – це лікувальний заклад або клініка, на законних підставах уповноважена на забезпечення медичного лікування захворювань/станів або травм, оснащена медичним обладнанням, необхідним для діагностики та оперативних втручань та укомплектована кваліфікованим персоналом для виконання заходів діагностичного та хірургічного втручання, в якій цілодобово присутні лікарі та медичний персонал.

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

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

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

**Період очікування** – період часу в межах строку дії Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування не буде підставою для отримання будь-яких виплат по Договору та протягом терміну його дії. Страхове покриття починає діяти після закінчення Періоду очікування - 180 (сто вісімдесят) днів з дати початку дії Договору страхування. При пролонгації Договору через один рік після початку його дії та подальших пролонгаціях на щорічні терміни щодо Застрахованої особи «Період очікування» не застосовується, якщо між щорічними термінами не було перерви.

**Репатріація** - повернення тіла Застрахованої особи до країни проживання, у випадку, якщо Застрахована особа помирає протягом курсу лікування і її тіло все ще знаходиться в Країні призначення впродовж до 10 днів після завершення лікування. Репатріація здійснюється представником Страховика – компанією Madanes Advanced Healthcare Services Ltd в рамках виконання Договору страхування.

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

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

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

**Норматив на ведення справи** - норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 40% від страхового платежу.

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

**Медична декларація** - заява-опитувальник, який Застрахована особа або Страхувальник повинні заповнити при подачі заяви на страхування (Додаток №1). Декларація містить медичну анкету, що заповнена і підписана Застрахованою особою до оформлення цього Договору страхування та є підставою для аналізу ризиків, що проводить Страхова Компанія. У разі прийняття на страхування неповнолітніх дітей ця форма може бути заповнена і підписана Страхувальником або законним опікуном Застрахованої особи.

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

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

**Резидент** – фізична особа, яка перебуває в Україні понад 183 днів протягом року та може бути застрахована за даним договором страхування.

**Пролонгація Договору страхування** - укладання Договору страхування на новий період за умови, що між датою закінчення дії попереднього договору та датою початку дії нового Договору не було перерви. При безперервній пролонгації Договору страхування на другий та наступні страхові періоди «Період очікування» не застосовується.

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

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

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

**Центр з медичного асистансу СК «ARX»** - асистуюча компанія, до якої Застрахована особа чи її представник повинен звернутись при настанні страхового випадку, електронна пошта: [mcd@arx.com.ua](mailto:mcd@arx.com.ua).

**Компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd** - компанія (представник Страховика), зареєстрований офіс якої розташований за адресою: Ізраїль, Тель-Авів 67060, вул. Хашлоша д.2, номер компанії 515078145, яка здійснює всі заходи з організації медичних послуг Застрахованим особам передбачених Програмою страхування.

## 9. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

Предметом Договору є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, медичними та іншими витратами Застрахованої особи, пов'язаними з необхідністю лікування передбачених Програмою страхування захворювань і проведенням медичних процедур.

## 10. СТРАХУВАЛЬНИК. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА. ВИГОДОНАБУВАЧ

**10.1.** Страхувальник - дієздатна фізична особа, що уклала даний Договір страхування та прийняла умови страхування, яка звертається за отриманням страхового покриття та несе юридичні зобов'язання по Договору. Страхувальник за цим договором та інформація про нього зазначаються в п. 2 даного Договору.

**10.2.** Застрахована особа - фізична особа - резидент, зазначена в п. 3 Договору, про страхування якої Страхувальник уклав даний Договір, та яка має права представлені даним Договором. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша фізична особа за призначенням Страхувальника. Застрахованою особою може бути особа, якій на момент укладення першого Договору за програмою «Медицина без меж» більше 1 (одного) року або не виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років. Договір страхування не може бути продовжений (продлонгований), з року наступного за датою досягнення Застрахованою особою віку 74 повних років .

Вік Застрахованої особи буде розраховуватись як різниця між датою народження Застрахованої особи та датою початку дії Договору. Для уникнення будь-яких протиріч ця різниця буде округлена до наступного віку.

**10.3.** Вигодонабувачем за цим Договором страхування є Застрахована особа.

## 11. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ.

**11.1.** Страховим випадком є документально підтверджена подія, що сталася з Застрахованою особою, яка призвела до наслідків, які повністю або частково покриваються умовами Програми страхування. Наслідки, що виникли внаслідок однієї і тієї ж причини класифікуються до одного страхового випадку.

**11.2.** Страховим випадком визнається **Настання критичного захворювання** у Застрахованої особи під час дії Договору страхування: вперше виявлені в період дії Договору страхування захворювання та/або стани.

**11.3. Критичні захворювання та/або стани, що потребують лікування відповідно до наведеного нижче переліку:**

**11.3.1. Рак (злоякісне новоутворення)** - це будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканини різного гістологічного типу. Діагноз повинен бути підтверджений результатами гістологічних або, в разі системних ракових захворювань, цитологічних досліджень.

**Виключеннями зі страхового покриття по ризику «Рак (злоякісне новоутворення)» є:**

- Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни: Рак in situ (Рак in situ - злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини), включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові;
- Злоякісна меланома класу А1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002;
- Захворювання шкіри наступних типів:
  - Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома;
  - Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи;
- Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ);
- Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона;
- Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L).

**11.3.1.1.** Страховим випадком визнається злоякісне новоутворення, відповідно до визначення у п. 11.3.1 даного Договору, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування.

**11.3.2. Кардіохірургія** – операції, спрямовані на відновлення кровотоку в артеріях серця, минаючи ділянку зменшення (блокування) однієї або декількох коронарних артерій за допомогою шунтування; заміни або лікування одного або більше клапанів серця; операції ангіопластики, стентування, хірургічне лікування порушень серцевого ритму відповідно до медичної рекомендації кардіолога.

**11.3.2.1.** Діагноз встановлюється вперше протягом періоду дії Договору страхування і підтверджується результатами тестування.

**11.3.2.2.** Заміна або відновлення одного чи більше клапанів серця відбувається за рекомендацією кардіолога незалежно від того, чи проводиться це за допомогою відкритої операції на грудній клітці, малоінвазивного методу або за допомогою серцевого катетера.

**11.3.2.3.** Катетеризація серця не включається до страхового покриття.

**11.3.2.4.** Страховим випадком визнається обґрунтована з медичної точки зору необхідність проведення операції кардіохірургії, відповідно до визначення у п.11.3.2 даного Договору, через хворобу, на яку захворіла Застрахована особа та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування.

**11.3.3. Нейрохірургія** – будь-яке планове хірургічне втручання, рекомендоване нейрохірургом, на головному мозку або інших внутрішньочерепних структурах, а також хірургічне втручання при доброякісних пухлинах спинного мозку та його оболонки.

**11.3.3.1.** Діагноз, який став причиною операції, повинен бути встановлений вперше протягом безперервного страхового періоду.

**11.3.3.2.** Нейрохірургічні операції не включають хірургічні втручання, що проводяться у зв'язку із захворюваннями, що виникли в результаті травматичних ушкоджень, іншими захворюваннями спинного мозку та його оболонки, вродженими вадами, крім доброякісних пухлин спинного мозку.

**11.3.3.3.** Під хірургією мається на увазі інвазивна операція, що проводиться в стаціонарі (включаючи стаціонар денного перебування), яка проникає в тканини з метою лікування захворювання Застрахованої особи.

**11.3.3.4.** Страховим випадком визнається обґрунтована з медичної точки зору необхідність проведення операції з нейрохірургії, відповідно до визначення у п.11.3.3 цього Договору, через хворобу, на яку захворіла Застрахована особа та/або яка була вперше діагностована, або про яку вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору страхування.

**11.3.3.5.** Необхідність проведення екстреного лікування, відповідно до визначень п.11.3.2 та 11.3.3 даного Договору, не визнається страховим випадком.

**11.3.4. Трансплантація (від живого донора)** – означає проведення від людини до людини трансплантації нирки, серця, легенів, підшлункової залози або щонайменше однієї частки печінки від донора до Застрахованої особи. Також покривається трансплантація кісткового мозку.

**Виключеннями зі страхового покриття по ризику «Трансплантація (від живого донора)» є:**

- аутологічна трансплантація та трансплантація будь-яких інших органів, крім зазначених вище, частин органів (за винятком частки печінки), тканин або клітин;
- зубні імпланти.

11.3.4.1. Страховим випадком вважається критичний стан Застрахованої особи, що вимагає трансплантації, та який, за думкою сертифікованого медичного фахівця, що погоджений зі Страховиком, виник в результаті захворювання, на яке Застрахована особа почала страждати, або воно було діагностовано, або про нього стало відомо Застрахованій особі вперше протягом терміну дії Договору страхування.

11.3.4.2. Страховий випадок буде вважатися таким, якщо буде додатково дотримано сукупність наступних умов, перерахованих нижче:

- Два лікаря-фахівця у відповідній галузі медицини підтвердять необхідність трансплантації відповідно до загальноновизнаних стандартів надання медичної допомоги;
- Трансплантація буде виконуватися у визначеній Страховиком лікарні, що має дозвіл компетентних органів тієї країни, де буде проводитися трансплантація;
- Трансплантація не є експериментальним лікуванням та/або лікуванням з метою дослідження, та/або не включає лікування стовбуровими клітинами.
- Трансплантація буде проводитися відповідно до прийнятих етичних норм тієї країни, де буде виконуватися трансплантація.
- Наявність органу, який підходить за медичними показниками для трансплантації Застрахованій особі, та лікарні, яка взяла на себе виконання трансплантації в межах відповідальності, зазначених у Договорі страхування.

## 12. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

12.1. Розмір страхової суми, лімітів, страхового платежу та страхового тарифу зазначені в пунктах **Ошибка! Источник ссылки не найден.** – 7 даного Договору.

12.2. Страхова сума та ліміти, вказані в пунктах 5-5.2 є зменшувані (агрегатні), тобто, сума, в межах якої Страховик зобов'язується виплатити страхове відшкодування витрат згідно Програми страхування зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

12.3. Страхова сума на річний період дії Договору страхування зазначається в 5 та становить 500 000 євро. Якщо ця страхова сума буде використана повністю протягом одного страхового року, тоді відповідальність по здійсненню страхових виплат Страховика за Договором страхування припиняється до закінчення періоду відповідальності, зазначеному в п. 4.3.

12.4. При пролонгації Договору страхування Страховик має право вносити зміни до встановлених Договором страхування окремих лімітів страхових сум та/або страхових тарифів, здійснювати відповідне зменшення або збільшення страхових платежів.

12.5. У випадку, якщо Страховальник не сплатив черговий страховий платіж у строк, передбачений п.7.4 даного Договору, відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, передбаченими умовами даного Договору страхування, автоматично продовжується на пільговий період – 30 (тридцять) календарних днів. При цьому, Страховик визнає випадок страховим, якщо він стався протягом пільгового періоду, виключно за умови сплати чергового страхового платежу протягом періоду, зазначеного в цьому пункті. У разі не сплати чергового страхового платежу у вищезазначений період - Договір страхування припиняє свою дію та Страховик звільняється від зобов'язань по здійсненню страхових виплат за страховими випадками, що настали після дати, в яку повинен бути сплачений черговий страховий платіж за Договором страхування. Пільговий період також застосовується для пролонгації Договору страхування.

12.6. Загальна сума виплат за Договором не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією, якщо таке передбачено Програмою страхування.

## 13. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ

13.1. Договір укладається на один рік.

13.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дня, який вказаний **як дата початку дії Договору** страхування в п. 4.1 за умови попередньої сплати страхової премії на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або у частині, згідно п. 7.4 даного Договору, та діє до 24-00 години дня, зазначеного в п. 4.2 даного Договору, як **дата закінчення** його дії.

13.3. Договір страхування може бути укладений на кожний наступний рік (12 календарних місяців) за згодою Страховальника на умовах, що діють на момент укладення первинного договору страхування або на нових умовах. При цьому строк дії нового Договору продовжується на наступні 12 (дванадцять) календарних місяців з 00-00 годин відповідного дня, наступного за останнім днем дії цього Договору. З цією метою не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору Страховик надсилає Страховальнику рахунок-фактуру з реквізитами для сплати страхового платежу за наступний рік (12 календарних місяців) дії нового Договору. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

13.4. Перед укладенням Договору Страховальник обов'язково повинен ознайомитись з актуальними умовами договору страхування, Правил страхування, інформацією про фінансову послугу та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страховальника Страховику про його намір укласти Договір.

13.5. Безумовним прийняттям Страховальником умов договору страхування вважається:

13.5.1. сплата страхового платежу у передбачені Договором строки і розміри на поточний рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на рахунок Страховика;

13.5.2. підписання Договору з використанням власноручних підписів на паперових носіях або з використанням електронного підпису (ЕП, електронно-цифрового підпису) відповідно до положень Закону України «Про електронну комерцію».

13.5.3. Страховальник надає згоду, що всі подальші взаємовідносини зі Страховиком можуть відбуватись через електронну пошту, мобільні додатки, комп'ютерні автоматизовані системи без додаткового використання електронного підпису, крім випадків, коли це прямо передбачено законодавством або визначено Страховиком.

## 14. ТЕРИТОРІЯ СТРАХУВАННЯ

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

14.2. Надання медичної допомоги за ризиками, визначеними в пунктах 11.3.1- 11.3.3 здійснюється в таких країнах: Іспанія, Ізраїль, Польща, Туреччина та Україна (крім територій Автономної Республіки Крим, міста Севастополь, населених пунктів Луганської та Донецької областей, де органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження).

14.3. Територія надання медичної допомоги з трансплантації (пункт 11.3.4) – весь Світ.

## 15. ПОСЛУГИ, ВИТРАТИ, ГРОШОВІ ВИПЛАТИ, ЩО ВХОДЯТЬ В ПОКРИТТЯ

15.1. У разі визнання події, про яку було повідомлено до Центру з медичного асистансу СК «ARX», страховим випадком, відбувається організація медичних та інших послуг, передбачених Застрахованій особі обраною Програмою страхування.

15.2. Відповідно до умов Програми страхування покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детально викладеними в розділі 11 даного Договору (окрім пункту 11.3.4. «Трансплантація»), та передбачені Програмою страхування, обраною Страховальником:

15.2.1. **Витрати на транспортування.** При проведенні діагностики та/або лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - квиток економ-класу для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, від місця проживання до місця проведення діагностики та/або лікування та назад, зустріч в аеропорту або вокзалі та перевезення машиною швидкої допомоги (за медичної необхідності) або на таксі до готелю або в медичну установу, де буде проведено діагностику та/або лікування.

15.2.2. **Витрати на проживання.** При проведенні діагностики та/або лікування як в Україні, так і за її межами, якщо це передбачено умовами Програми страхування - проживання Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в готелі 3-4 зірки, включаючи сніданок та послуги, включені у вартість номера для Застрахованої особи та особи, яка її супроводжує, в місці проведення діагностики. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

Строк проживання в країні лікування обмежується 10 (десятьма) календарними днями, цей період може бути продовжений на 8 (вісім) календарних днів після здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі.

**Витрати на проживання та транспортування** Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох) як в Україні, так і за кордоном, обмежуються максимальною сумою у розмірі **10 000 (десять тисяч) євро**.

15.2.3. **Витрати на репатріацію тіла** Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору страхування, що включають в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах максимальної суми – **5 000 (п'ять тисяч) Євро**.

15.2.4. **Витрати на лікування**, що проводиться Застрахованій особі з приводу захворювання, яке визнано страховим випадком, а саме:

15.2.4.1. медична допомога в амбулаторних умовах, в умовах денного стаціонару та в стаціонарних умовах. Термін перебування в стаціонарних умовах обмежується 10 (десятьма) календарними днями, а у випадку здійснення хірургічного втручання Застрахованій особі, може бути продовжено ще на 8 (вісім) календарних днів;

15.2.4.2. огляд лікарів, в т. ч. лікарів-фахівців;

15.2.4.3. діагностичні медичні втручання, що виконуються медичними організаціями, в т. ч. лабораторні дослідження, візуалізуючі дослідження, ендоскопічні дослідження, функціональна діагностика;

15.2.4.4. лікувальні медичні втручання в межах страхової суми (крім імплантацій), що включають: хірургічне лікування, хіміотерапію, променеву терапію, інші науково обґрунтовані методи лікування та, які застосовуються в рамках надання медичної допомоги медичними організаціями, за погодженням зі Страховиком;

15.2.4.5. трансплантація, що проводиться ліцензованим медичним закладом за Погодженням зі Страховиком;

15.2.4.6. імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантатів на суму не більше еквіваленту **15 000 (п'ятнадцять тисяч) Євро на рік** на один страховий випадок;

15.2.4.7. лікарські засоби, що застосовуються при лікуванні в стаціонарних умовах, в умовах денного стаціонару та при амбулаторному лікуванні.

15.2.5. **Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури**, під час та після проведення лікування здійснюються в межах загального ліміту страхової суми, передбаченого за Програмою страхування. При цьому, передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) и EMA (European Medicines Agency). Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцять) робочих днів.

**15.2.6. Витрати на послугу «Друга експертна медична думка» (SMO).** Можливість надання консультативного висновку, складеного на основі збору і детального вивчення лікарем-експертом медичних даних пацієнта за сферами **онкологія, неврологія, ортопедія, нефрологія, кардіологія у кількості до 5 (п'яти) раз на рік**.

Друга експертна медична думка має бути надана топовими медичними спеціалістами за погодженням з постачальником послуги на підставі першої експертної медичної думки та історії хвороби Застрахованої особи, наданої Застрахованою особою постачальнику, без необхідності фізичного огляду Застрахованої особи у медичного спеціаліста. Друга експертна медична думка оформлюється у вигляді консультативного медичного звіту та має бути пов'язана лише з ризиками, включеними у покриття цієї страхової програми.

15.2.7. **Допомогу в отриманні візи**, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжувачої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

15.2.8. **Послуги усного та письмового перекладу**, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.

15.3. Відповідно до умов Програми страхування покриваються витрати, що виникли в зв'язку з захворюваннями/станами, детально викладеними в розділі 11 п.п.11.3.4. «Трансплантація» даного Договору, та передбачені Програмою страхування, обраною Страховальником:

15.3.1. Трансплантація, яка проводиться через Постачальника послуг, у визнаному у цій галузі лікувальному закладі, відповідно до страхових лімітів, зазначених нижче, до тих пір, поки трансплантація буде здійснена у лікарні, яка погоджена зі Страховиком;

15.3.2. Трансплантація, яка здійснюється не через Постачальника послуг, але в медичному закладі, результативність якого узгоджувалась та затверджувалась заздалегідь у письмовій формі зі Страховиком, Страховик несе відповідальність в межах лімітів, встановлених нижче;

15.3.3. Витрати на діагностику, лікування та госпіталізацію у погодженій Страховиком лікарні, де здійснювалась трансплантація

або лікування відповідно до цієї програми страхування;

15.3.4. Оплата праці медичної бригади, яка проводить операцію, та витрати на операційну, що понесені під час трансплантації або лікування відповідно до цієї програми страхування;

15.3.5. Оплата госпіталізації в лікарні, до 30 днів до пересадки або лікування, згідно з цією Програмою страхування, та до 335 днів після їх проведення, у тому числі медичних оглядів, лабораторних аналізів, лабораторних тестів і лікарських засобів протягом усього періоду госпіталізації.

15.3.6. **Витрати на репатріацію** тіла Застрахованої особи в разі її смерті під час діагностики та/або лікування за межами України протягом дії даної програми страхування, що включає в себе транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах максимальної суми – 5 000 (п'ять тисяч) Євро.

15.3.7. **Витрати на лікарські засоби та діагностичні процедури**, під час та після проведення лікування здійснюються в межах загального ліміту страхової суми, передбаченого за Програмою страхування. При цьому, передбачено придбання ліків, затверджених FDA (U.S. Food and Drug Administration) и EMA (European Medicines Agency). Максимальний термін, з моменту призначення препарату лікарем до отримання безпосередньо Застрахованою особою, не повинен перевищувати 14 (чотирнадцять) робочих днів.

15.3.8. **Допомогу в отриманні візи**, з метою проходження лікування в країні призначення для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою. При цьому, візовий збір сплачує сама Застрахована особа.

15.3.9. **Послуги усного та письмового перекладу**, що надаються Застрахованій особі у період проведення діагностики та/або проведення лікування за межами України.

15.3.10. **Страховик сплачує витрати за супутні послуги, пов'язані з лікуванням в межах лімітів, встановлених нижче:**

15.3.10.1. Пошук донорського органу, що підходить Застрахованій особі для трансплантації, його збереження та транспортування до місця трансплантації - 25 000 (двадцять п'ять тисяч) Євро, або покриття витрат пов'язаних з прижиттєвим донором в межах цієї суми:

- Лікарняні послуги, що надаються донору, в т. ч. розміщення в лікарняній кімнаті, палаті або відділенні лікарні, харчування;
- Послуги загального медичного догляду, послуги, що регулярно надаються персоналом лікарні;
- Лабораторні аналізи, використання обладнання та інших матеріально-технічних засобів лікарні (за винятком предметів особистого користування, які не є необхідними в процесі видалення призначеного для трансплантації органу або тканини);
- Хірургічне втручання та медичні послуги з видалення органу або тканини донора, призначені для трансплантації Застрахованій особі;
- Витрати на проїзд прижиттєвого донора за кордон до місця проведення трансплантації та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці з єдиною метою - пересадка органів/тканин для Застрахованої особи;
- Витрати на транспортування живого донора від передбаченого готелю до стаціонару або лікуючого лікаря, і назад;
- Витрати на проживання прижиттєвого донора під час перебування за кордоном з єдиною метою - пересадка органів / тканин для Застрахованої особи.

15.3.10.2. **Витрати на транспортування** до місця проведення трансплантації та повернення назад обмежені вартістю квитка економ класу в обидва кінці для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи, або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в межах граничної суми – 5 000 (п'ять тисяч) Євро.

15.3.10.3. **Витрати на транспортування спеціальним медичним транспортом** та витрати на сухопутний переїзд з аеропорту в лікарню, якщо Застрахована особа не в змозі, на думку лікаря, через медичні причини, летіти звичайним комерційним рейсом, до максимальної суми - 25000 (двадцять п'ять тисяч) Євро.

15.3.10.4. **Витрати на проживання**, необхідні для здійснення передбаченої цією програмою страхування мети для Застрахованої особи та 1 (однієї) Супроводжуючої особи або 2 (двох), якщо Застрахована особа є неповнолітньою, в межах максимальної суми – 55 000 (п'ятдесят п'ять тисяч) Євро. Вибір готелю проводиться з урахуванням доступності та близькості до медичної установи або лікаря.

15.3.10.5. **Витрати на доставку лікаря-фахівця** в країну постійного проживання Застрахованої особи, для виконання трансплантації, в залежності від конкретного випадку, для одного страхового випадку, і тільки за умови, що загальна вартість не перевищить еквівалент 120 000 (сто двадцять тисяч) Євро.

## 16. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

**16.1. Згідно умов програми страхування страхова виплата не здійснюється у разі:**

16.1.1. Якщо виявлено захворювання та/або медичний стан, який не зазначений в п.11.2 даного Договору, та відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, не визначені в розділі 15 даного Договору;

16.1.2. Якщо послуги, що перераховані у розділі 15 даного Договору, були надані після закінчення строку дії Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами даного Договору;

16.1.3. Якщо необхідність надання Застрахованій особі послуг виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних організаціях;

16.1.4. Якщо послуги прямо не передбачені даною програмою страхування;

16.1.5. Необхідності психохірургії;

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

16.1.7. Необхідності лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта;

16.1.8. Необхідності будь-яких хірургічних операцій з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами Програми страхування;

16.1.9. Необхідності медичних та інших послуг, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, що включають, але не обмежуються, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунку або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках програми страхування;

16.1.10. Необхідності послуг, що виконуються з приводу усіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом);

16.1.11. Необхідності послуг, пов'язаних з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду.

- 16.1.12. Рак in situ – злоякісна пухлина, яка обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини;
- 16.1.13. Якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку).

**16.2. Перелік подій, які не визнаються страховим випадком, а, отже, Страховик не оплачує витрати за послуги, передбачені умовами програми страхування:**

- 16.2.1. Послуги при захворюваннях і станах, не передбачених умовами даного Договору та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування
- 16.2.2. Послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором, в тому числі, в разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених умовами даного Договору;
- 16.2.3. Методи лікування, ліки, медичні процедури, що не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі, або які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювань та/або станів, передбачених умовами даного Договору;
- 16.2.4. У зв'язку із захворюваннями та/або станами, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі у зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші);
- 16.2.5. У зв'язку із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні;
- 16.2.6. У зв'язку з розладом здоров'я, який настав в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами, (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами;
- 16.2.7. У зв'язку з розладом здоров'я Застрахованої особи, який настав у місцях позбавлення волі, тримання під вартою;
- 16.2.8. У зв'язку з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або, про які було відомо Застрахованій особі, до дати початку дії Договору страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбаченого цими Умовами, було рекомендоване або заплановане ще до моменту укладення Договору страхування;
- 16.2.9. У зв'язку з отриманням Застрахованою особою медичних та/або інших послуг в медичних та/або інших організаціях, вибір яких попередньо не був узгоджений із Страховиком.

**17. ПРОЦЕДУРА ВРЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 17.1. Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані:
- 17.1.1. протягом 5 (п'яти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про настання страхового випадку у будь-який зручний для Страхувальника спосіб, зокрема за виділеною телефонною лінією **0444980301**. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.
- 17.1.2. надати Страховикові достовірні дані про умови та обставини страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за запитом Страховика та/або представника Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd.
- 17.1.3. Застрахована особа буде проінформована про необхідність надати результати всіх діагностичних тестів і досліджень і історії хвороби, необхідних для прийняття рішення по визнанню випадку страховим.
- 17.2. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування, Страховик/представник Страховика може вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи/ Вигодонабувача) надати Страховику наступні документи:
- 17.2.1. Заява про подію та на виплату;
- 17.2.1.1. Заяву про подію та на виплату надається Страхувальником шляхом телефонного звернення до контакт-центру Страховика за телефоном, вказаним в п. 17.1, або шляхом подання заяви через офіційний сайт Страховика. Сторони погодили, що належне виконання Страхувальником цього пункту є повідомленням про настання події, що має ознаки страхового випадку, та не потребує додаткового письмового підтвердження, окрім випадків, передбачених п. 17.2.1.5 Договору.
- 17.2.1.2. Страховик здійснює фіксацію Заяви про подію та на виплату відповідно до інформації, отриманої від Страхувальника (його представника) під час телефонної розмови.
- 17.2.1.3. 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.
- 17.2.1.4. З метою фіксації Заяви про подію та на виплату та іншої інформації про страховий випадок Страховиком здійснюється запис телефонної розмови.
- 17.2.1.5. 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.
- 17.2.1.6. 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.
- 17.2.2. копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;
- 17.2.3. копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;
- 17.2.4. Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони



здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;

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

17.3. Страховик зобов'язаний при надходженні заяви-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати від особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати, в термін не більше 10 (десяти) робочих днів з дня одержання документів, що підтверджують настання страхового випадку, та документів, передбачених у п. 17.2 даного Договору, прийняти рішення про виплату чи відмову в страховій виплаті. Але, у випадку, якщо наданих документів недостатньо для прийняття рішення, Страховик або представник Страховика – компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, мають право здійснити запит додаткових документів у Застрахованій особі. При цьому, рішення про виплату чи відмову у страховій виплаті Страховик повинен прийняти протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання додаткових документів від Застрахованій особи.

17.4. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 17.3.17.3 даного Договору, прийняв рішення про відмову у страховій виплаті, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Страхувальнику або особі, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати обґрунтовані причини відмови у здійсненні страхової виплати.

17.5. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п. 17.3 даного Договору, прийняв рішення про здійснення страхової виплати, в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про здійснення страхової виплати, представник Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених цим Договором, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.

17.5.1. Протягом цього терміну компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd надає Застрахованій особі список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг з діагностування та/або лікування, передбаченої Програмою страхування даного Договору.

17.5.2. У випадку, якщо Страховик протягом терміну, визначеного в п.17.3. даного Договору, прийняв рішення про виплату за страховим випадком, він зобов'язаний протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів надіслати Застрахованій особі листа з електронним підписом на електронну адресу Застрахованій особи, яка вказана у Медичній декларації чи в іншому документі наданому Страховику або поштою на адресу Застрахованій особи, яка зазначена в цьому Договорі.

17.5.3. Після отримання підтвердження від Застрахованій особи щодо обраної нею лікарні, компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованій особи та Супроводжувачою особи в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

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

17.7. Будь-які витрати, понесені Застрахованою особою до початку діагностування/лікування у лікарняному закладі, за погодженням Страховика, не відшкодовуються Страховиком.

17.8. Страховик розраховує страхову виплату за страховим випадком у розмірі покриття фактично понесених витрат, визначених умовами даного Договору відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування, у межах страхової суми та лімітів з урахуванням обмежень та винятків, передбачених умовами даного Договору.

17.9. Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі, а понесені витрати, передбачені умовами даного Договору, покриваються шляхом перерахування коштів представником Страховика Madanes Advanced Healthcare Services Ltd (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі безпосередньо спеціалізованій установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджуватимуть фактично понесені витрати.

## 18. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

### 18.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

18.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованій особи/Вигодонабувача) спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку та вчинені у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій зазначених осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

18.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

18.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку;

18.1.4. Застрахованій особі на дату укладення Договору страхування менше 1 (одного) року або виповнилось 65 (шістдесят п'ять) років;

18.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин страхового випадку і розміру страхової виплати.

18.2. Застрахована особа і її родичі повинні допускати лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика відповідно до пункту 18.1.5. Відмова Застрахованій особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для

визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати на підставі п.18.1.5 умов даного Договору.

### **18.3. Страховик також може відмовити повністю або частково у страховій виплаті у наступних випадках:**

18.3.1. Якщо Застрахована особа відмовляється від медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика;

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

18.3.3. У інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

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

### **19.1. Страховик має право:**

19.1.1. При укладенні Договору страхування чи внесенні змін до нього, а також при врегулюванні страхового випадку, вимагати результати медичного огляду Застрахованої особи та/або інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку та/або для підтвердження факту настання страхового випадку;

19.1.2. Встановлювати обмеження щодо дії страхового покриття за страховими ризиками, причин та обставин настання страхових випадків, віку Застрахованої особи тощо;

19.1.3. Перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання ним умов Договору страхування, самостійно проводити перевірку обставин настання страхових випадків, робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку (при об'єктивній необхідності);

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

19.1.5. На зміну умов Договору страхування за згодою Сторін;

19.1.6. Відмовити повністю або частково у страховій виплаті у випадках передбачених умовами даного Договору страхування;

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

19.1.8. 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.

### **19.2. Страховик зобов'язаний:**

19.2.1. Ознайомити Страхувальника/ Застраховану особу з умовами Договору страхування та Правилами;

19.2.2. Надати Страхувальнику дублікат Договору страхування за його письмовим запитом;

19.2.3. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застраховану особу, щодо стану здоров'я, майновий стан та умови Договору страхування за винятком випадків, передбачених чинним законодавством;

19.2.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк;

19.2.5. При відмові у страховій виплаті повідомити Страхувальнику (Застрахованій особі/Вигодонабувачу) обґрунтовані причини відмови.

### **19.3. Застрахована особа (Страхувальник) має право:**

19.3.1. Одержати страхову виплату при настанні страхового випадку у випадках передбачених умовами даного Договору;

19.3.2. Достроково припинити дію Договору у порядку, передбаченому даним Договором;

19.3.3. Одержати дублікат Договору у випадку його втрати;

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

19.3.5. Оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

### **19.4. Застрахована особа (Страхувальник) зобов'язана:**

- 19.4.1. При укладенні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, в тому числі інформацію про вік, стан здоров'я та перенесені Застрахованою особою та/або Страхувальником захворювання, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
- 19.4.2. Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки передбачені п. 7.4 даного Договору;
- 19.4.3. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг;
- 19.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів;
- 19.4.5. 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.
- 19.5. Страхувальник/Застрахована особа несе відповідальність за достовірність наданих нею Страховику інформації та документів;
- 19.6. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання інших умов Договору страхування регулюється чинним законодавством України.

## **20. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 20.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника і Страховика.
- 20.2. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона, яка виступає ініціатором внесення таких змін, повинна письмово повідомити про це іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованої дати внесення змін. Не допускається внесення змін до Договору при відсутності згоди на внесення таких змін однією із Сторін.
- 20.3. Дія Договору страхування припиняється, та він втрачає чинність за згодою Сторін, а також у наступних випадках:
- 20.3.1. Закінчення строку дії Договору страхування: з 00-00 годин дня, наступного за останнім днем закінчення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами даного Договору;
- 20.3.2. При несплаті Страхувальником чергового страхового внеску у розмірі та у строки, передбачені Договором або у порядку та у строки згідно п. 12.5 даного Договору;
- 20.3.3. У випадку смерті Застрахованої особи або втрати її дієздатності (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);
- 20.3.4. Ліквідації Страховика, у порядку, встановленому законодавством України;
- 20.3.5. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 20.3.6. Інших випадках, передбачених законодавством України.
- 20.4. Про намір достроково припинити дію Договору страхування Страхувальник повинен письмово повідомити Страховика не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення.
- 20.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
- 20.5.1. 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;
- 20.5.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 20.6. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:
- 20.6.1. Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;
- 20.6.2. 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.
- 20.7. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що впливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

## **21. ПОРЯДОК РОЗВ'ЯЗАННЯ СПОРІВ**

- 21.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.
- 21.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою/ Вигодонабувачем) з приводу обставин та характеру настання страхового випадку, розміру та порядку здійснення страхових виплат тощо можуть вирішуватись Сторонами із залученням незалежних експертів. При цьому, оплата послуг незалежних експертів здійснюється Стороною, яка є ініціатором їх залучення.
- 21.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа передається на розгляд у відповідний суд, згідно чинного законодавства України.
- 21.4. Позови за вимогами, які витікають із Договору страхування, можуть бути пред'явлені Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

## 22. ІНШІ УМОВИ

22.1. Сторони повністю або частково звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором страхування у разі виникнення обставин непереборної сили, якщо Сторона, яка зазнала на собі дію таких обставин письмово, протягом 7 (семи) робочих днів, повідомила про це іншу Сторону. До обставин непереборної сили належать:

22.1.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають повністю або частково виконання обов'язків за Договором страхування або призводять до значного непрогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення.

22.1.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які були офіційно об'явлені після укладення Договору страхування на території України та території країн надання послуг.

22.1.3. 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..

22.1.4. Цей Договір може бути підписаний Страховиком з використанням факсимільного відтворення підпису особи, уповноваженої підписувати такі угоди, про що Сторони належним чином домовились і погодилися.

22.1.5. Цей Договір та Додаток №1 до Договору (медична Декларація) може бути підписаний Страхувальником шляхом направлення Страховиком або його страховим агентом одноразового ідентифікатора (пароллю) на засіб мобільного зв'язку Страхувальника та введення Страхувальником такого пароллю в програмні комплекси Страховика або його страхового агента. Одноразовий ідентифікатор надсилається Страхувальнику електронним повідомленням у формі короткого повідомлення на зазначений Страхувальником засіб мобільного зв'язку.

22.1.5.1. В цьому випадку Страхувальники мають право укласти договір особисто самі за себе, та якщо вони є: батьки, усиновителі, батьки-вихователі, прийомні батьки, патронатні вихователі, опікуни, піклувальники, представники закладів, які виконують обов'язки опікунів і піклувальників тощо, - по відношенню до своїх неповнолітніх дітей або підопічних осіб.

22.1.5.2. У випадку виявлення невідповідності особистих даних та даних застрахованих осіб, зазначених в медичній Декларації, реальним даним, то СК має право відмовити у наданні страхової виплати (оплати медичних послуг). СК має право відмовити, якщо недостовірні дані зазначені в договорі та/або в медичній декларації, незалежно від того, здійснено це навмисно або по необережності, або не знаючи про це. При цьому страхові платежі не повертаються. Страхувальник це розуміє, повністю і беззаперечно згодний з цим, розуміє наслідки.

22.1.6. 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(и) 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.

22.2. Шляхом укладення Договору страхування за цією програмою страхування Страхувальник підтверджує та визнає, що: до укладення Договору страхування на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» 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 на офіційному сайті Страховика [www.agx.com.ua](http://www.agx.com.ua). Ця інформація є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком, всі умови Договору страхування, Правил страхування йому зрозумілі; вся вищезазначена інформація та Договір страхування не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення Договору страхування не нав'язане йому іншою особою; Договір страхування не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору страхування.

22.3. Шляхом укладення даного Договору страхування, Страхувальник/Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) погоджуються з умовами, викладеними в даному Договорі страхування та надають згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, збереження, обробку Страховиком своїх персональних даних (далі - ПД), в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третім особам, також надають свою згоду на передачу таких персональних даних іноземним суб'єктам відносин, в тому числі, але не виключно компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd, з метою виконання та супроводження Договору страхування (додаткового повідомлення про таку передачу не вимагається), інших договорів, а саме договору про надання послуг з організації та координації надання послуг Застрахованим особам, Договору Перестраховування та інших, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору. Страхувальник та Застрахована особа (батьки Застрахованої дитини) посвідчують, що отримали повідомлення про обробку та включення своїх персональних даних та неповнолітньої дитини до бази персональних даних клієнтів Страховика з метою забезпечення реалізації відносин у сфері послуг із страхування життя,

виконання та супроводження Договору страхування. Зі своїми правами, як суб'єкта персональних даних, відповідно ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних» ознайомлені.

Страховальник 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).

22.4. Підписанням цього Договору Страховальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страховальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страховальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором.

22.5. Підписанням цього Договору Страховальник підтверджує, що належним чином проінформований, що для укладення Договору, до та/або під час його укладення, а також для його виконання Страховик, відповідно до законодавства, може (міг) залучати страхових посередників, котрі діють від імені Страховика і виконують частину його функцій, разом чи кожен окремо.

22.6. Договір складено українською мовою в 2-х (двох) оригінальних примірниках, один з яких зберігається у Страховика, а інший надається Страховальнику та мають однакову юридичну силу з оригіналом.

22.7. Цей Договір також може бути підписано Страховиком та Страховальником з використанням їх електронних підписів, які визначені і дозволені чинним законодавством України та є чинними на момент їх використання для підписання Стороною. Всі підписи Сторін мають проходити перевірку через сервіси перевірки електронних підписів:

<https://czo.gov.ua/verify>

<https://canbu.bank.gov.ua/verify>

У разі не проходження перевірки підпису через вказані державні сервіси, підпис такої Сторони є неналежним, такий документ вважається не підписаним такою Стороною.

22.8. Безпосередньо обмін електронними документами здійснюється за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем з використанням Сервісу «Вчасно», Paperless, Deals, М.Е.Дос чи іншого аналогічного сервісу, на електронну адресу Сторін.

### 23. ПІДПИСИ СТОРІН

Страховик:	Страховальник:
АТ «СК «АРКС» Адреса: Україна 04070, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8, Тел.: (044) 499-24-99 Код ЄДРПОУ: 20474912 Електронна адреса:  _____ підпис, МП / ПБ уповноваженої особи	ПБ Адреса: Дата народження: Електронна адреса:  _____ підпис / ПБ