ARX
A FAIRFAX COMPANY

Договір
добровільного медичного страхування
(приєднання)

Оферта № РВ2м9 від 21.06.2019 р.
м . Київ

«Комфорт» / «Комфорт. Діти» / «Сімейна»

Блок А «Загальна частина»

1. Цей Договір добровільного медичного страхування та страхування від нещасного випадку (надалі - Договір), укладено відповідно до Закону України «Про страхування», Правил № 015 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та Правил № 004 (Добровільне страхування від нещасного випадку). затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за № 0350812 (надалі – Правила) та при розбіжності в умовах страхування положення даного Договору мають перевагу.

2. Визначення понять

2.1. 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.

2.2. Застрахована особа – фізична особа у віці від 1 (одного) до 70 (сімдесяти) років включно на момент укладання Договору страхування, про страхування якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування здоров'я та працездатності на свою користь, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.3. Вигодонабувач – Застрахована особа. У разі, якщо Застрахована особа на момент подання документів або отримання виплати є недієздатною або померла – Вигодонабувач визначається згідно чинного законодавства.

2.4. Компетентні органи – державні органи та органи місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, які відповідно до чинного законодавства мають право проводити розслідування причин та обставин страхових випадків та висновки (рішення, постанови, роз'яснення, акти тощо) які є необхідними для кваліфікації заявлених подій як «страховий/не страховий випадок» (наприклад, органи Міністерства внутрішніх справ, Міністерства надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я, житлово-комунальні підприємства, Державна автодорожня інспекція (ДАІ) тощо).

2.5. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснювати страхові виплати при настанні страхового випадку. Страхова сума за договором зменшується на суму виплати по кожному страховому випадку.

2.6. 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.

2.7. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.8. 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).

2.9. Страховий платіж (страхова премія) - (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести на рахунок Страховика відповідно до умов договору страхування.

2.10. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

2.12. Програми страхування «Комфорт», «Комфорт. Діти», «Сімейна» - варіанти страхового покриття, опцій та лімітів за договором добровільного медичного страхування та страхування від нещасного випадку, який укладається у формі договору приєднання до цієї оферти на основі правил добровільного медичного страхування та страхування від нещасних випадків, та які можуть бути обрані Страхувальником при укладенні договору.

2.13. Норматив на ведення справи - норматив витрат Страховика на ведення справи, визначений при розрахунку страхового тарифу та встановлений у розмірі 40% від страхового платежу.
2.14. Повірений - юридична особа, яка уповноважена Страховиком представляти його інтереси в частині укладання Договору та перерахування отриманих страхових платежів від Страхувальника на рахунок Страховика від імені та за дорученням Страхувальника.
За даним договором Повіреним є Банк, реквізити якого вказані у Заяві – Акцепті, власник карткового рахунку є Страхувальник.

3. Сторони Договору. Страховик. Страхувальник

3.1. Сторони Договору - Страховик та Страхувальник, кожен з яких іменується як Сторона, а разом – Сторони.
3.2. Страховик - СК «ARX»*, адреса: Україна, 04070, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8.; тел.: 38 (044) 391 11 22; факс: 38 (044) 391 11 21; Код ЄДРПОУ 20474912
3.3. Страхувальник - дієздатна фізична особа, тримач банківської картки, яка є власністю банку – Повіреного, яка 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 про страхування здоров'я та працездатності на користь себе або членів своєї родини (чоловік/дружина, діти, батьки, батьки дружини/чоловіка).

4. Предмет Договору

4.1. Предметом Договору є страхування майнових інтересів Страхувальника, що не суперечать Законодавству та пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи. Згідно умов цього Договору:
4.1.1. за ризиками добровільного медичного страхування Страховик зобов'язується здійснювати організацію та фінансування медичної допомоги та медичних послуг, передбачених умовами Договору, наданих Застрахованій особі відповідно до обраної програми страхування, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору;
4.1.2. за ризиками страхування від нещасного випадку Страховик зобов'язується здійснювати страхову виплату у зв'язку із настанням страхового випадку, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору.

5. Страхова сума. Страховий тариф. Страховий платіж

Страхова сума, страховий тариф, страховий платіж вказані у Блоці С даної оферти окремо за кожними видом страхування. Загальний страховий платіж залежить від кількості застрахованих осіб та обраної програми та сплачується Страхувальником на підставі Заяви - Акцепту.

6. Порядок сплати страхового платежу

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

7. Строк дії Договору

7.1. Договір укладається на строк, визначений у Заяві акцепті, не менше ніж на 365 (триста шістдесят п'ять) календарних днів.
7.2. Договір набуває чинності з 00-00 годин дати початку дії Договору, яка вказана в п.5 Заяви-акцепту, але не раніше дати сплати страхового платежу Страхувальником, та діє до 24-00 дня, вказаного в п. 5 Заяви - акцепту як дата закінчення дії Договору.

8. 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).

9. Порядок укладання Договору

9.1. Договір може бути укладений лише тримачем банківської картки при умові, що така можливість передбачена умовами банківського продукту. Текст цього Договору приєднання (оферти) підписується Страховиком та скріплюється його печаткою. Цей текст є офертою в розумінні частини 1 статті 634 Цивільного кодексу України (надалі – Оферта).
9.2. Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Страхувальник може приєднатися до неї шляхом підписання Заяви.

9.3. Страхувальник може з нею ознайомитись на Інтернет – ресурсі за адресою, вказаною в Заяві – акцепті.
9.4. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати Страхувальник шляхом приєднання до Договору в цілому.
9.5. Заява-акцепт оформлюється в двох примірниках з унікальним номером. Один оригінальний примірник Заяви зберігається у Страховика/Повіреного на підтвердження укладення Договору, інший примірник залишається у Страхувальника. На примірнику Заяви Страхувальника обов'язково проставляється дата прийняття Заяви Страховиком/Повіреним (представником Страховика), а також прізвище, ім'я, по батькові і особистий підпис представника Страховика/Повіреного, який прийняв Заяву.
9.6. Оферта разом з підписаною Страхувальником Заявою складає укладений Договір. Ці документи засвідчують право Страхувальника вимагати від Страховика виконання обов'язків за Договором. Копія даної Оферти розташовується Страховиком на веб-сайті Страховика та Повіреного.
9.7. Договір складається з Оферти та Заяви-акцепту і вважається укладеним із моменту підписання Страхувальником Заяви - акцепту, у спрощений спосіб, у розумінні частини 1 статті 181 Господарського кодексу України.
9.8. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує та визнає, що до 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, та ознайомив застрахованих осіб, зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страховика та/або в мережі Інтернет на веб-сторінці Страховика https://arx.com.ua/ та на веб-сторінці Повіреного http://www.pravex.com, 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.
9.9. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду на отримання від СК «ARX» інформаційних SMS повідомлень.
9.10. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на фіксацію та запис інформації, отриманої від Страхувальника (в тому числі телефонних розмов), що були здійснені з метою фіксації Страхувальником Повідомлень про подію та іншої інформації щодо страхових випадків, для виконання зобов'язань за Договором.
9.11. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду Страховику на використання інформації, зазначеної в Заяві-Акцепті, іншої інформації (в тому числі записів телефонних розмов) та документів, отриманих від Страхувальника при врегулюванні страхових випадків за умовами Договору у взаємовідносинах з фізичними та юридичними особами, державними органами, в тому числі при вирішенні спорів (претензій, заяв, позовів), пов'язаних з виконанням Сторонами зобов'язань за Договором.
9.12. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник підтверджує, що на день укладання договору Застрахована особа не є інвалідом I, II групи чи дитиною-інвалідом, не є засудженим до позбавлення волі; не хворіє на тяжкі та соціально значущі хвороби, а саме злоякісні новоутворення, туберкульоз, алкоголізм, наркоманія, психічні розлади та захворювання; в анамнезі немає (не хворів, не діагностувалось та не проводилось лікування) інсульту головного мозку, інфаркту, вроджених аномалій (вад розвитку) деформацій та хромосомних порушень віднесених до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; перинатальних пошкоджень та їх наслідків.

10. Особливі умови/додаткова інформація

10.1. Страховий захист діє цілодобово.
10.2. Всі розрахунки за цим Договором здійснюються у грошовій одиниці України.

11. Дії Застрахованої особи/Вигодонабувача при настанні страхового випадку

11.1. При необхідності в медичній допомозі за опціями, які включені до програми страхування, Застрахована особа особисто чи через інших осіб, якщо претендує на визнання випадку страховим, повинна повідомити Асистансу за телефоном, що вказаний в Заяві - акцепті, наступну інформацію:
11.1.1. номер заяви - акцепту;
11.1.2. назву Страхової компанії;
11.1.3. прізвище та ім'я Застрахованої особи;
11.1.4. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;
11.1.5. контактний телефон.
11.2. Лікар – координатор Асистанса проводить ідентифікацію та чинність Договору, надає медичні консультації та, у разі необхідності, організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.
11.3. Медична допомога, за умовами Договору, надається при наявності Заяви - акцепту та документу, що посвідчує Застраховану особу та на підставі гарантії Асистанса.

11.4. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими укладено Договори про співробітництво, відповідно до Програми страхування.
11.5. 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.
11.5.1. У разі смерті застрахованої особи або встановлення інвалідності внаслідок нещасного випадку, Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач (або його представники) повинні повідомити Страховика протягом 3 (трьох) робочих днів з дня настання зазначеної події, надавши Страховику письмову заяву про настання події із зазначенням дати та обставин настання страхової події.

12. Страховий випадок та страхова виплата за опціями добровільного медичного страхування

12.1. Страховим випадком є консультативні послуги Асистансу, медичні та інші послуги, надані медичним або фармацевтичним закладом за направленням Асистансу та/або Страховика в межах та в обсязі програми страхування Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, або іншого нещасного випадку.
12.2. Детальній опис опцій, які включені до програм страхування наведені у Блоці В.
12.3. Страховик здійснює страхову виплату:
12.3.1. шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, опосередковано через Асистанс, медичним закладам, що надали медичну допомогу Застрахованій особі в рамках програми страхування;
12.3.2. Застрахованій особі безпосередньо у разі самостійної сплати нею послуг та медикаментів, при умові попереднього погодження відповідно до п. 11 Оферти.
12.4. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, зазначених у п. 12.7, 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.
12.5. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати медичним закладам, визначений договорами між Асистансом та закладами, що обслуговують Застрахованих осіб.
12.6. Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги.
12.7. Перелік документів, що підтверджують страховий випадок, який Застрахована особа або її уповноважені представники у разі бажання відшкодування витрат, повинна надати Страховику:
12.7.1. заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком), з обов'язковим зазначенням номеру заяви – акцепту (форма заяви розміщена на сайті Страховика).
12.7.2. засвідчену Вигодонабувачем копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи;
12.7.3. засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;
12.7.4. копію свідоцтва про народження Застрахованої особи (якщо Застрахована особа є неповнолітньою особою);
12.7.5. 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;
12.7.6. копії рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;
12.7.7. оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);
12.7.8. оригінали касових та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів;
12.8. У випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю, необхідно надати додатково наступні документи:
12.8.1. фотокопію ліцензії на право надання таких послуг;
12.8.2. фотокопію свідоцтва про державну реєстрацію;
12.8.3. фотокопію свідоцтва про сплату єдиного податку/ податку на додану вартість.
12.9. 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, а також не пізніше 30 календарних днів після припинення або дострокового припинення цього Договору, якщо страховий випадок настав протягом строку дії Договору. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті, письмово повідомивши про це Застраховану особу або Вигодонабувача з наведенням аргументації.
12.10. Страховик має право перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до іншого незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг, необхідність в яких викликає сумніви у Страховика.

12.11. Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асистансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
12.12. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асистансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
12.13. Розмір страхової виплати визначається програмою страхування, яка наведена у Блоці В Даної оферти.
12.14. Перелік документів на страхову виплату, зазначені в п.12.7 Оферти. Документи необхідно надати представнику Страховика за адресою: Центр виплат СК «ARX» (https://arx.com.ua/kontakty/) або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8.
12.15. 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 в розумінні п.12.8 - є дата штемпелю на конверті та/або дата оплати послуг почтового зв'язку."
12.16. Загальна сума виплат по Застрахованій особі або за Договором за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією якщо таке передбачено програмою страхування.
12.17. Страховик не відшкодовує витрати на медичну допомогу та медикаменти, які виникли після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії Договору, за винятком обставин коли страховий випадок, пов'язаний із стаціонарним лікуванням, розпочався в період дії Договору. В даному випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії Договору 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.

13. Страховий випадок та страхова виплата за опцією добровільного страхування від нещасних випадків

13.1. Страховим випадком за цим Договором є:
13.1.1. смерть Застрахованої особи;
13.1.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності I (першої) або II (другої) групи;
13.2. Вказані випадки є страховими, у разі якщо вони настали внаслідок нещасного випадку, що стався під час дії Договору та не є виключенням та/або обмеженням страхування. Факт настання нещасного випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку.
13.3. Вказані в п.13.1 випадки визнаються страховими, якщо вони настали під час дії Договору та після закінчення строку дії Договору, якщо вони настали в період, що не перевищує 183 дні з дати настання нещасного випадку, який мав місце під час дії Договору та є безпосередніми його наслідками.
13.4. Перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків:
13.4.1. Для отримання страхової виплати Страхувальник, Застрахована особа її спадкоємці або Вигодонабувач зобов'язаний не пізніше 5 (п'яти) робочих днів після дати встановлення інвалідності або не пізніше 7 (семи) місяців після дати смерті Застрахованої особи надати Заяву на страхову виплату. До заяви обов'язково додаються такі документи:
13.4.1.1. заява-акцепт до Договору та всі додаткові угоди до нього;
13.4.1.2. документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера;
13.4.1.3. свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи;
13.4.1.4. висновок МСЕК про встановлення групи інвалідності із зазначенням конкретного захворювання, яке є причиною встановлення інвалідності;
13.4.1.5. акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, який підтверджує причини, обставини, що смерть (втрата працездатності) Страхувальника настала внаслідок нещасного випадку;
13.4.1.6. для спадкоємців свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріальною конторою;
13.4.1.7. довідку про відсутність алкоголю в крові у Застрахованої особи, на момент настання страхової події.

14. Зміна Договору та припинення його дії

14.1. Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.
14.2. Всі зміни до Договору мають бути оформлені як Додаткові угоди до Договору, які стають невід'ємними частинами з моменту підписання або з дати, вказаної в Додатковій угоді.
14.2.1. Про намір внести зміни до умов Договору Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін.
14.2.2. Якщо будь-яка Сторона не згодна на внесення змін в Договір, в 5-денний календарний строк від дати одержання повідомлень про зміни, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.
14.3. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність по відношенню до конкретного Страхувальника у разі:
14.3.1. закінчення строку дії Договору;

14.3.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованої особи у повному обсязі;
14.3.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;
14.3.4. прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;
14.3.5. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
14.4. Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
14.4.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
14.4.1.1. 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;
14.4.1.2. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
14.4.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:
14.4.2.1. страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;
14.4.2.2. 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.
14.5. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.
14.6. Сторони повністю або частково 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:
14.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливлюють повністю або частково виконання обов'язків за цим Договором або призводять до значного не прогнозованого росту цін на медичну допомогу (послуги, медикаменти) або на тарифоутворення.
14.6.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об'явлені на території України після укладення Договору.

15. Права та обов'язки сторін

15.1. Страховик зобов'язаний:
15.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування, розміщеними на сайті Страховика за адресою https://arx.com.ua/ та на сайті Повіреного за адресою: http://www.pravex.com
15.1.2. протягом 1 (одного) календарного дня з дати укладення Договору передати застрахованих осіб за Договором на обслуговування в Асистанс;
15.1.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;
15.1.4. здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;
15.1.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом.
15.2. Страховик має право:
15.2.1. перевіряти надану Страхувальником, при укладанні Договору;
15.2.2. у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком або ризиком його настання до правоохоронних органів, медичних закладів про обставини страхового випадку;
15.2.3. перевіряти надану інформацію та обґрунтовано вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу що підтверджують факт настання страхового випадку, розмір витрат, а також направити, за рахунок Страховика, Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;
15.2.4. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених у п 18 та п.19, 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);
15.2.5. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.
15.3. За письмовим запитом Страхувальника протягом трьох робочих днів надавати йому звіт фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором по відношенню до Застрахованої особи на дату запиту звіту та Заявлені але не сплачені страхові виплати на дату запиту звіту;
15.4. Страхувальник зобов'язаний:
15.4.1. вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором;
15.4.2. під час дії Договору інформувати Страховика 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;

15.4.3. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
15.4.4. дотримуватись умов Договору.
15.5. Страхувальник має право:
15.5.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору;
15.5.2. достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;
15.5.3. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
15.5.4. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
15.5.5. запросити в Страховика щоквартальний звіт по сплаченим збиткам за надані послуги та Заявленим але не сплаченим страховим виплатам на дату запиту звіту.

16. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору

16.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.
16.2. Суперечки по даному Договору вирішуються шляхом переговорів або в судовому порядку у відповідності до чинного законодавства України.
16.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.
16.4. Страховик не несе відповідальності за неналежне виконання або невиконання своїх обов'язків за цим Договором, в тому числі щодо здійснення страхової виплати або страхового відшкодування, якщо виконання таких обов'язків Страховиком, в тому числі здійснення такої страхової виплати або страхового відшкодування призведе до порушення Страховиком торгових чи економічних санкцій, заборон або обмежень, запроваджених резолюціями Органів ООН або чинним законодавством Європейського Союзу, Сполученого Королівства Великобританії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

17. Опис опцій, які можуть бути включені до програми страхування за опціями добровільного медичного страхування

17.1. Швидка медична допомога. 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.
Склад опції:
17.1.1. виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа в т. ч. у 30-км зону від КПП/адміністративної межі міста зі 100% покриттям транспортних витрат за рахунок Страховика;
17.1.2. виїзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;
17.1.3. реанімаційні заходи;
17.1.4. діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;
17.1.5. медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
17.1.6. транспортування каретою невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;
17.1.7. медична допомога травмпункту, медикаменти та розхідні матеріали (гіпсові пов'язки, бинти вата та інше);
17.1.8. транспортування до травмпункту, у випадку якщо Застрахована особа не в змозі самостійно прибути до травмпункту за наданням медичної допомоги;
17.1.9. транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в стаціонарній медичній допомозі;
17.1.10. транспортування з травмпункту до місця проживання Застрахованої особи у випадку травмування нижніх кінцівок або у випадку коли за медичними показаннями Застрахованій особі рекомендовано ліжковий режим;
17.1.11. транспортування каретою невідкладної медичної допомоги, за медичними показаннями, з одного медичного закладу в інший, територією України.
17.2. Невідкладна стаціонарна допомога. Передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають невідкладної медичної допомоги в стаціонарі, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Прийняти рішення про необхідність невідкладної госпіталізації може тільки лікар (лікар бригади швидкої медичної допомоги, лікар поліклініки).
Склад опції:
17.2.1. перебування Застрахованої особи загальною тривалістю до 30 днів за одним страховим випадком в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності) в державних медичних установах та в 1-2 місних палатах в приватних медичних установах;

17.2.2. при здійсненні невідкладної госпіталізації, Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю, тобто умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати з стандартами обслуговування, передбаченими категорією програми;
17.2.3. харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;
17.2.4. консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
17.2.5. консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
17.2.6. проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень (в т.ч. одноразовим інструментарієм), діагностика та лікування супутніх захворювань в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
17.2.7. терапевтичне та оперативне лікування (використання кисню, закису азоту, фтору та ін. під час оперативних втручань), анестезіологічна допомога;
17.2.8. перебування у відділенні інтенсивної терапії;
17.2.9. використання операційного блоку та післяопераційної палати;
17.2.10. забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста курсом до 30 днів за кожним страховим випадком
17.2.11. фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
17.2.12. лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;
17.2.13. перебування одного з батьків в стаціонарі разом з дитиною (що є Застрахованою особою за Договором), вік якої менше повних 6 (шести) років (Страховиком сплачується тільки ліжко-місце, без харчування) - сплачується перебування дорослої супроводжуючої особи 100%;
17.2.14. експертиза тимчасової непрацездатності з видачею листів тимчасової непрацездатності Застрахованій особі, одному з батьків Застрахованої особи по догляду за дитиною, якщо Застрахована особа – дитина (тільки у випадках, коли Застрахована особа обслуговується в медичному закладі державної форми власності);
17.2.15. надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина, та лікування проводилось в медичних закладах державної форми власності - клас В за класифікацією Страховика.
17.3. «Лікар до дому». Передбачає організацію та оплату медичної допомоги, в т. ч. медикаментозне лікування, Застрахованій особі на дому (в офісі) Склад опції:
17.3.1. послуги організовується виключно в робочі дні, в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати. Вибір лікаря та медичної установи, яка надає допомогу залишається за Асистансом та/або Страховиком;
17.3.2. консультація лікаря-терапевта, педіатра або сімейного лікаря вдома або в офісі у випадках, коли Застрахована особа за станом здоров'я не має можливості звернутись за допомогою в поліклініку.
17.3.3. Показання для виклику лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря:
17.3.3.1. для дорослих (температура більше 37,5°С; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; підвищення артеріального тиску більше 30 мм рт.ст. від норми (120/80) або зниження артеріального тиску від звичайних показників для конкретної Застрахованої особи);
17.3.3.2. для дітей (температура більше 37,5°С; симптоми харчової токсикоінфекції - блювота, діарейний синдром; генералізована висипка неалергічного характеру; затруднене дихання, гавкаючий кашель; симптоми дитячих інфекційних захворювань).
17.3.4. Транспортні витрати на транспортування лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря до дому або офісу Застрахованої особи Страховик сплачує:
17.3.4.1. 100% у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
17.3.4.2. 100% у випадку знаходження Застрахованої особи у межах 30-км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
17.3.4.3. 50% у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 30-км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;
17.3.4.4. послуга не надається - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 50-км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу.
17.3.5. Консультації вузьких спеціалістів на дому не здійснюються у зв'язку з необхідністю додаткових пристроїв або маніпуляційної техніки;
17.3.6. Консультація лікаря-спеціаліста, проведення лабораторних, інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій вдома, обслуговування середнім медичним персоналом проводиться за рішенням Асистанса та Страховика в кожному конкретному випадку для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом та сплачується Страховиком 100%.
17.4. Інфаркт/Інсульт. Передбачає організацію та оплату медичної допомоги, в т. ч. медикаментозне лікування, Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару та амбулаторно-поліклінічних умовах при інфаркті міокарду та інсульті/інфаркті головного мозку.

Склад опції: Страховик сплачує будь-яку діагностику та лікування визначених захворювань протягом 30 днів з дати початку лікування в рамках страхової суми, визначеної на застраховану особу.

17.5. Злоякісні новоутворення. Передбачає організацію та оплату медичної допомоги, в т. ч. медикаментозне лікування, Застрахованій особі в умовах цілодобового стаціонару та амбулаторно-поліклінічних умовах при вперше виявленому в житті застрахованої особи онкологічному захворюванні, яке діагностовано під час дії договору, але не раніше ніж протягом перших трьох місяців з дати його укладання.

Склад опції: Страховик сплачує будь-яку діагностику та лікування вищезазначених захворювань в рамках страхової суми на одну застраховану особу, протягом періоду визначеного відповідною програмою страхування.

17.6. Медичний диспетчер. Забезпечує надання допомоги з наступних медичних питань:

17.6.1. 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;

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

17.6.3. організація другої думки, що включає в себе пошук альтернативного медичного закладу та лікарів-спеціалістів, а також діагностичних методів дослідження для підтвердження діагнозу.

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

18. Виключення за опціями добровільного медичного страхування

18.1. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

18.1.1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани;

18.1.2. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;

18.1.3. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз печінки;

18.1.4. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

18.1.5. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну;

18.1.6. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта, атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз та ін.);

18.1.7. особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та Лепра;

18.1.8. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; Перинатальні пошкодження та їх наслідки;

18.1.9. ожиріння;

18.1.10. аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія;

18.1.11. захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; 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;

18.1.12. 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;

18.1.13. підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є: недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря та графіку планових спостережень (патронаж) затверджених наказами МОЗ України;

18.1.13.1. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

18.1.13.2. отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи; отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування та/або отримання послуг у медичних закладах, не передбачених Програмою страхування.

18.2. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) після постановки діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

18.2.1. хронічна ниркова та печінкова недостатність;

18.2.2. злоякісні новоутворення, які діагностовано до початку дії Договору або підчас дії Договору протягом перших трьох місяців з дати його укладання;

18.2.3. туберкульоз, цукровий діабет та їх ускладнення;

18.2.4. захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо);

18.2.5. хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність);
18.2.6. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
18.2.7. системні захворювання сполучної тканини;
18.2.8. залізодефіцитна анемія;
18.2.9. мігрень, епілепсія.
18.3. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:
18.3.1. косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури;
18.3.2. операції за бажанням (не за медичними показниками);
18.3.3. операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з аутотрансплантації), протезування, ендопротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;
18.3.4. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
18.3.5. експериментальні та нетрадиційні методи лікування (діагностика по Фолю, біоенергетика, гірудотерапія, озонотерапія, склеротерапія, гіпноз, рефлексотерапія тощо.), методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах "Про затвердження клінічних протоколів лікування».
18.3.6. екстракорпоральні методи лікування: плазмофорез, плазмосорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.;
18.3.7. гідроколонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія;
18.3.8. ЛФК (лікувальна фізкультура) - окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару;
18.3.9. послуги косметолога, парикмахера, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата);
18.3.10. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;
18.3.11. довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та ін.);
18.3.12. виклик лікаря до дому без медичних показань;
18.3.13. вартість консультативних послуг у випадку відсутності Застрахованої особи вдома при виклику лікаря до додому. Відсутність у Застрахованої особи під час консультації, огляду чи проведення обстеження зафіксованих письмово скарг чи симптомів на підставі яких була організована консультація; неявка Застрахованої особи на консультацію без поважних на те причин чи без попередження Асистансу. У цих випадках надання амбулаторно-поліклінічної допомоги при наступному зверненні сплачується Застрахованою особою самостійно у розмірі повної вартості наданих послуг;
18.3.14. надання медичної допомоги (окрім швидкої невідкладної допомоги) внаслідок заняття Застрахованою особою спортом на професійному рівні; внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні.
18.4. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:
18.4.1. будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби; спрямованих на лікування захворювання, більше 30 днів за кожною нозологією протягом року; спрямованих на профілактику захворювання (крім медикаментів, включених до Програми страхування);
18.4.2. гормональних препаратів, окрім протизапальних, препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифирилін, золадекс та ін.), препаратів для запобігання вагітності; косметичних та гігієнічних засобів;засобів для побутової дезінфекції; біологічно активних та харчових добавок; хондропротекторів; гіполіпідемічних препаратів, окрім призначених при лікуванні інфаркту/інсульту; гепатопротекторів; імуномодуляторів; психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків; препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші); лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків; препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги; препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків; ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні); вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів;
18.4.3. придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкції для остеосинтезу в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери.

19. Виключення за опціями добровільного страхування від нещасних випадків

19.1. Не відносяться до страхових випадки, зазначені у п.13.1.1 та 13.1.2, якщо вони відбулися в результаті:
19.1.1. вчинення або спроби вчинення злочину за участю Застрахованої особи, незалежно від її психічного стану;
19.1.2. перебування Застрахованої особи в момент нещасного випадку в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; керування транспортним засобом в стані сп'яніння, а також у результаті передачі керування транспортним засобом особі в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, яка не має прав водія або прав відповідної категорії;
19.1.3. вчинення Застрахованою особою навмисних дій та/або грубої необережності, що призвели до настання нещасного випадку. «Грубою необережністю» Застрахованої особи за Договором вважається вчинення дій або утримання від вчинення дій (бездіяльність), внаслідок яких настав страховий випадок, якщо особа припускала, що вони могли призвести до

страхового випадку, але легковажно розраховувала на їх відвернення, та/або не припускала наслідків своїх дій чи бездіяльності, хоча повинна і могла їх передбачити (наприклад, невиконання правил безпеки при користуванні механізмами, обладнанням, невжиття заходів щодо безпеки, обов'язок виконання яких передбачений діючим законодавством України чи підзаконними актами; вчинення дій прямо заборонених діючим законодавством чи підзаконними актами тощо);

19.1.4. нещасного випадку, що стався із Страхувальником в місцях позбавлення волі;

19.1.5. смерті Застрахованої особи, прямо або побічно викликаної психічним захворюванням, якщо нещасний випадок, який призвів до смерті, відбувся із Застрахованою особою, що була психічно хворою і знаходилась в неосудному стані в момент нещасного випадку;

19.1.6. самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства.

19.2. Страховим випадком не вважається випадок, вказаний в п. п.13.1.1 та 13.1.2, Договору, що стався із Застрахованою особою, якщо вона на момент укладання цього Договору та/або до моменту настання нещасного випадку:

19.2.1. знаходилась на освідченні медико-соціальної експертної комісії (надалі - МСЕК);

19.2.2. перебувала на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах;

19.2.3. хворіла на СНІД або була ВІЛ – інфікована;

19.2.4. мала інвалідність будь-якої групи з будь-якої причини чи знаходилась на стаціонарному лікуванні;

19.3. Не визнається страховим випадком встановлення інвалідності Застрахованій особі та/або смерть Застрахованої особи, якщо буде встановлено, що причиною їх встановлення (настання), поряд із захворюваннями чи травмами, викликаними нещасним випадком, є також захворювання, хворобливі стани чи травми, не пов'язані з нещасним випадком, чи які були наявні в Застрахованої особи до нещасного випадку.

19.4. Згідно з цим Договором страховими не визнаються події, що сталися внаслідок:

19.4.1. ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження;

19.4.2. військових дій, а також маневрів або інших військових заходів;

19.4.3. громадянської війни, терористичних актів, народних хвилювань усякого роду або страйків;

19.4.4. не підлягають страховій виплаті збитки, причиною виникнення яких була подія, яка відбулася до початку дії даного Договору, а також непрямі збитки, наприклад, упущена вигода, моральна шкода тощо.

Блок В
Програми страхування

«Комфорт»

Застраховані особи	Одна - тримач картки, чоловік/дружина, діти, батьки, віком від 18 до 70 років включно на дату укладання договору страхування
Добровільне медичне страхування	
Опції, ліміти, покриття	опція включена (так) або не включена (ні) в страхове покриття:
Страхова сума	30 000,00 (тридцять тисяч) гривень на річний страховий період на одну Застраховану особу
Швидка медична допомога	**так**
Ліміт за договором	до 2 (двох) випадків на річний страховий період в межах страхової суми.
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 100%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Невідкладна стаціонарна допомога	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків, в межах 15 000 (п'ятнадцять тисяч) гривень за річний страховий період; у випадку необхідності хірургічного втручання під загальним наркозом - в межах страхової суми.
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 100%;
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Лікар до дому	**так**
Ліміт	до 2 (двох) випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну Застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Інфаркт, інсульт	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ – не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Злоякісні новоутворення	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ - не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Тривалість медикаментозного покриття та проведення діагностичних процедур	120 днів з дати постановки діагнозу
Медичний диспетчер	**так**
Страхування від нещасного випадку	
Виплата у разі смерті та інвалідності 1-ї групи	10 000 (десять тисяч) гривень
Виплата у разі інвалідності 2-ї групи	8 000 (вісім тисяч) гривень

«Комфорт. Діти»

Застраховані особи	Одна, дитина тримача картки від 1 до 17 років включно на дату укладання договору
Добровільне медичне страхування	
Опції, ліміти, покриття	опція включена (так) або не включена (ні) в страхове покриття:
Страхова сума	30 000,00 (тридцять тисяч) гривень на річний страховий період на одну Застраховану особу
Швидка медична допомога	**так**
Ліміт за договором	до 2 (двох) випадків на річний страховий період в межах страхової суми.
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 100%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Невідкладна стаціонарна допомога	**так**
Ліміт	до 2 (двох) випадків, в межах 15 000 (п'ятнадцять тисяч) гривень за річний страховий період; у випадку необхідності хірургічного втручання під загальним наркозом - в межах страхової суми.
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 50%;
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Лікар до дому	**так**
Ліміт	до 2 (двох) випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну Застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Інфаркт, інсульт	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ – не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Злоякісні новоутворення	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ - не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Тривалість медикаментозного покриття та проведення діагностичних процедур	120 днів з дати постановки діагнозу
Медичний диспетчер	**так**
Страхування від нещасного випадку	
Виплата у разі смерті та інвалідності 1-ї групи	10 000 (десять тисяч) гривень
Виплата у разі інвалідності 2-ї групи	8 000 (вісім тисяч) гривень

ARX
A FAIRFAX COMPANY

«Сімейна»

Застраховані особи	Декілька, тримач банківської картки та члени його родини (чоловік/дружина, діти, батьки)
Добровільне медичне страхування	
Опції, ліміти, покриття	опція включена (так) або не включена (ні) в страхове покриття:
Страхова сума	20 000,00 (двадцять тисяч) гривень на річний страховий період на одну Застраховану особу
Швидка медична допомога	**так**
Ліміт за договором	до 2 (двох) випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну Застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 100%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Невідкладна стаціонарна допомога	**так**
Ліміт	до 2 (двох) випадків, в межах 10 000 (десять тисяч) гривень за річний страховий період на одну Застраховану особу; у випадку необхідності хірургічного втручання під загальним наркозом - в межах страхової суми.
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установах за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ (клас 7-11 медичних установа за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Інто-Сана", МЦ "Валерія", МЦ "Медіком"), сплачуються - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Лікар до дому	**ні**
Ліміт	-
Рівень медичних установ: послуги	-
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	-
Інфаркт, інсульт	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ - не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Злоякісні новоутворення	**так**
Ліміт	без обмежень по кількості страхових випадків на річний страховий період в межах страхової суми на одну застраховану особу
Рівень медичних установ: послуги	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ - не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Тривалість медикаментозного покриття та проведення діагностичних процедур	60 днів з дати постановки діагнозу
Медичний диспетчер	**так**
Страхування від нещасного випадку	
Виплата у разі смерті та інвалідності 1-ї групи	10 000 (десять тисяч) гривень
Виплата у разі інвалідності 2-ї групи	8 000 (вісім тисяч) гривень

Блок С
Страхова сума. Страхові тарифи.
Страхові платежі.

Програма «Комфорт»

Застрахована одна особа – тримач картки, чоловік/дружина, діти, батьки, віком від 18 до 70 років включно на дату укладання договору	
Добровільне медичне страхування	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	30 000,00
Страховий тариф на одну Застраховану особу, %	3,200 %
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	960,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	10 000,00
Страховий тариф, %	0,300 %
Страховий платіж на одну особу, грн.	30,00
Загальний страховий платіж, грн.	**990,00**

Програма «Комфорт. Діти»

Застрахована одна особа, а саме: дитина тримача картки від 1 до 17 років включно на дату укладання договору	
Добровільне медичне страхування	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	30 000,00
Страховий тариф на одну Застраховану особу, %	6,533%
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	1 960,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	10 000,00
Страховий тариф, %	0,300 %
Страховий платіж на одну особу, грн.	30,00
Загальний страховий платіж, грн.	**1 990,00**

Програма «Сімейна»

Застраховані <u>дві особи</u>, а саме: тримач банківської картки та члени його родини (чоловік/дружина, дитина)	
Добровільне медичне страхування	
Максимальна страхова сума за договором, грн.	40 000,00
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	20 000,00
Страховий тариф на одну Застраховану особу, %	2,325 %
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	465,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	10 000,00
Страховий тариф, %	0,300 %
Страховий платіж на одну особу, грн.	30,00
Загальний страховий платіж, грн.	**990,00**

Програма «Сімейна»

Застраховані <u>три особи</u>, а саме: тримач банківської картки та члени його родини (чоловік/дружина, дитина)	
Добровільне медичне страхування	
Максимальна страхова сума за договором, грн.	60 000,00
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	20 000,00
Страховий тариф на одну Застраховану особу, %	1,50 %
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	300,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	10 000,00
Страховий тариф, %	0,300 %
Страховий платіж на одну особу, грн.	30,00
Загальний страховий платіж, грн.	**990,00**

Програма «Сімейна»+1

Застрахована одна особа (4-та та кожна наступна до програми «Сімейна»), а саме: дитина або один із батьків тримача банківської картки, або один із батьків подружжя тримача банківської картки	
Добровільне медичне страхування	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	20 000,00
Страховий тариф на одну Застраховану особу, %	3,150%
Страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	630,00
Добровільне страхування від нещасних випадків	
Страхова сума на одну Застраховану особу, грн.	10 000,00
Страховий тариф, %	0,300 %
Страховий платіж на одну особу, грн.	30,00
Загальний страховий платіж на одну Застраховану особу, грн.	660,00

РЕКВІЗИТИ СТРАХОВИКА

Перший заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС» _____ **Межебицький М.С**

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