

Частина I «Загальна частина»

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

1. Страховик

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

1.1 Повірений

АТ «ПРАВЕКС БАНК», м. Київ, Кловський узвіз, буд. 9/2

2. Страхувальник

Страхувальник - юридична або 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 (далі – Заява-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).

3. Застрахована особа

Фізична особа у віці від 1 (одного) до 70 (сімдесяти) років, на користь якої Страхувальник уклав даний договір, шляхом підписання Заяви-акцепту. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша дієздатна фізична особа за призначенням Страхувальника, а саме та обмежуючись: чоловік/дружина, батьки Страхувальника віком до 70 років включно; дитина Страхувальника віком від одного року.

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

4. Предмет Договору

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

Згідно умов цього Договору 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 обраного Продукту, а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором строки та виконувати інші умови Договору.

5. Страхова сума

Річна страхова сума за Договором, грн. — **80 000,00**

6. Страховий тариф

Річний страховий тариф за Договором, % — **4,43%**

7. Страховий платіж

Річний страховий платіж за Договором, грн. — **3 540,00**

8. Порядок сплати страхового платежу

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

9. Строк та умови дії договору

9.1. Договір укладається на строк, визначений у Заяві-приєднання (Акцепт), не менше ніж на 365 (триста шістдесят п'ять) календарних днів.

9.2. 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.

10. Територія страхування

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

11. Порядок укладання Договору

11.1. 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 (далі – Оферта).

11.2. Оферта підписується в одному екземплярі, який зберігається у Страховика. Страхувальник може приєднатися до неї шляхом підписання Заяви.

11.3. Страхувальник може з нею ознайомитись на Інтернет – ресурсі за адресою, вказаною в Заяві - акцепті.

11.4. Оферта є стандартною формою в розумінні статті 634 Цивільного кодексу України, яку може акцептувати інша особа шляхом приєднання до Договору в цілому.

11.5. 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-акцепту 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.

11.6. 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.

11.7. 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.

11.8. 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» (далі - 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 (далі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування Страховика та/або в мережі Інтернет на веб-сторінці Страховика www.arx.com.ua та на веб-сторінці Повіреного www.pravex.com.ua, 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.

11.9. Акцептуванням умов цієї Оферти Страхувальник надає згоду на отримання від СК «ARX» інформаційних SMS повідомлень.

11.10. 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.

11.11. 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.

11.12. 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 діагностувалося 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.

12. Особливі умови/додаткова інформація

12.1. Страховий захист діє цілодобово.

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

Частина II «Умови страхування»

1. Визначення основних понять та термінів

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

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

1.3. Медичні заклади - підприємства, установи та організації, які мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я. Перелік медичних закладів, звернення до яких визнається Страховиком страховим випадком за договором страхування, зазначається в договорі страхування та в договорі Страховика з Асистанською компанією.

1.4. Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.

1.5. Опція програми страхування – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.

1.6. Програма страхування – індивідуально розроблений комплекс опцій запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні Договору страхування.

1.7. 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).

1.8. 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.

1.9. Страховий акт – документ, що складається Страховиком у формі, що визначена Страховиком, який кваліфікує подію як страховий (не страховий) випадок, та в якому зафіксований розмір завданих збитків і сума страхової виплати. При визнанні випадку як «не страховий» - з обґрунтуванням причин відмови.

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

1.11. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася після набуття чинності договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Вигодонабувачу).

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

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

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

1.15. 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 та в Розділі 1.1. Частини I даної Оферти, власник карткового рахунку є Страхувальник.

2. Дії Застрахованої особи/Вигодонабувача при настанні страхового випадку

2.1. При необхідності в медичній допомозі за опціями 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:

2.1.1. номер заяви - акцепту;

2.1.2. назву Страхової компанії;

2.1.3. прізвище та ім'я Застрахованої особи;

2.1.4. детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги;

2.1.5. контактний телефон;

2.2. 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.

2.3. Медична допомога, за умовами Договору, надається при наявності Заяви - акцепту та документу, що посвідчує Застраховану особу та на підставі гарантії Асистанса.

2.4. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими укладено Договори про співробітництво, відповідно до Програми страхування.

2.5. 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.

2.5.1. 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.

3. Страховий випадок. Порядок та умови здійснення страхової виплати

3.1. Страховим випадком є консультативні послуги Асистансу, медичні та інші послуги, надані медичним або фармацевтичним закладом за направленням Асистансу/Страховика в межах та в обсязі Програми страхування Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, або іншого нещасного випадку.

3.2. Детальний опис опцій, які включені до Програми страхування наведені у Розділі 2 Частини III даної Оферти.

3.3. Страховик здійснює страхову виплату:

3.3.1. шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, опосередковано через Асистанс, медичним закладам, що надали медичну допомогу Застрахованій особі в рамках продукту;

3.3.2. Застрахованій особі безпосередньо у разі самостійної сплати нею послуг та медикаментів, при умові попереднього погодження відповідно до Частини IV Оферти.

3.4. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, зазначених у п. 3.7 Частини II даної Оферти, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість. У випадку оплати наданих медичних послуг через Асистанс заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу.

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

3.6. Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги.

3.7. Перелік документів, що підтверджують страховий випадок, який Застрахована особа або її уповноважені представники у разі бажання відшкодування витрат, повинна надати Страховику:

3.7.1. заяву на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком), з обов'язковим зазначенням номеру заяви – акцепту (форма заяви розміщена на сайті Страховика).

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

3.7.3. засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи;

3.7.4. копію свідоцтва про народження Застрахованої особи (якщо Застрахована особа є неповнолітньою особою);

3.7.5. 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;

3.7.6. копії рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів;

- 3.7.7.** оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами);
- 3.7.8.** оригінали касових та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів;
- 3.8.** 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.
- 3.9.** 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.
- 3.10.** Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, приймається Страховиком після отримання всіх документів, необхідних для здійснення страхової виплати, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асистансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
- 3.11.** Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором про співпрацю із закладом охорони здоров'я та/або Асистансом, залежно від того, кому здійснюється виплата.
- 3.12.** Розмір страхової виплати визначається Програмою страхування, який наведений у Частині III та IV Даної оферти.
- 3.13.** Перелік документів на страхову виплату, зазначені в п.3.7 Частини II даної Оферти. Документи необхідно надати представнику Страховика на адресу: Центр виплат СК «ARX» (<https://arx.com.ua/kontakty/>) або надіслати на поштову адресу: 04070, м. Київ, вул. Імінська,8
- 3.14.** 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.3.8 Частини II даної Оферти- є дата штемпелю на конверті та/або дата оплати послуг поштового зв'язку."
- 3.15.** 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 такий передбачений Продуктом), встановленої Програмою.
- 3.16.** 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.

4. Порядок зміни і припинення дії Договору

- 4.1.** Внесення змін та доповнень до умов Договору можливе лише за взаємною письмовою згодою Сторін.
- 4.2.** 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.
- 4.2.1.** 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.
- 4.2.2.** 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.
- 4.3.** Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність по відношенню до конкретного Страхувальника у разі:
- 4.3.1.** закінчення строку дії Договору;
- 4.3.2.** виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованої особи у повному обсязі;
- 4.3.3.** ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;
- 4.3.4.** прийняття судового рішення про визначення Договору недійсним;
- 4.3.5.** в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.
- 4.4.** Дія Договору припиняється за вимогою однієї із Сторін; про намір достроково припинити дію Договору одна зі Сторін зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору.
- 4.4.1.** У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника:
- 4.4.1.1.** 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;
- 4.4.1.2.** якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 4.4.2.** У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика:
- 4.4.2.1.** страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі повністю;

4.4.2.2. 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.

4.5. Якщо в період дії Договору Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки що випливають з Договору, переходять правонаступнику Страховика.

4.6. 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:

4.6.1. зміни законодавства, прийняття державними установами законодавчих або інших актів, чи проведення ними дій, що унеможливають 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.

4.6.2. пожежі, вибухи, та техногенні та природні катастрофи, землетрус, військові дії, народні заворушення, які офіційно об'явлені на території України після укладення Договору.

5. Права та обов'язки сторін

5.1. Страховик зобов'язаний:

5.1.1 ознайомити Страхувальника з умовами Договору та Правилами страхування, розміщеними на сайті Страховика <http://arx.com.ua>

5.1.2 протягом 1 (одного) календарного дня з дати укладення Договору передати застрахованих осіб за Договором на обслуговування в Асистанс;

5.1.3 протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

5.1.4 здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;

5.1.5 не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законом.

5.2. Страховик має право:

5.2.1 перевіряти надану Страхувальником, при укладанні Договору;

5.2.2 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;

5.2.3 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;

5.2.4 відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених у Розділі 3 Частини III даної Оферти, та у разі якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених цим Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку (при здійсненні страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі);

5.2.5 достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

5.3. 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;

5.4. Страхувальник зобов'язаний:

5.4.1 вносити страхові платежі в обсягах та в терміни, що обумовлені цим Договором;

5.4.2 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;

5.4.3 вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

5.4.4 дотримуватись умов Договору.

5.5. Страхувальник має право:

5.5.1 вимагати виконання Страховиком умов Договору;

5.5.2 достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором;

5.5.3 вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

5.5.4 оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;

5.5.5 запросити в Страховика щоквартальний звіт по сплаченим збиткам за надані послуги та Заявленим але не сплаченим страховим виплатам на дату запиту звіту.

6. Відповідальність Сторін за невиконання або неналежне виконання умов Договору

6.1. За невиконання чи неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

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

6.3. Сторони зобов'язуються дотримуватися конфіденційності у відношенні будь-якої інформації, що є комерційною таємницею Сторін Договору.

6.4. 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 Великої Британії і Північної Ірландії або Сполучених Штатів Америки.

7. Інші умови

7.1. Страхувальник та/або Застрахована особа – фізична особа, шляхом приєднання до цього Договору, надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цьому Договорі так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі виконання цього Договору, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, цього Договору та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Страхувальник – фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД.

7.2. Приєднанням до цього Договору Страхувальник підтверджує та визнає, щодо укладення цього Договору на виконання вимог Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» (надалі - Закон) Страховик надав, а Страхувальник отримав та ознайомився зі всією інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені частиною 2 статті 12 Закону (надалі – інформація); зазначена інформація є доступною в місцях обслуговування страхувальників Повіреного та/або на веб-сайті Повіреного, а також є повною та достатньою для правильного розуміння суті фінансових послуг, що надаються Страховиком; вся зазначена інформація та всі умови цього Договору та Правил йому зрозумілі; зазначена інформація та Договір не містять двозначних формулювань та/або незрозумілих Страхувальнику визначень; укладення цього Договору не нав'язане йому іншою особою (в тому числі Вигодонабувачем); цей Договір не укладається Страхувальником під впливом помилки, тяжких обставин, примусу, насильства; Страхувальник має необхідний обсяг правоздатності та дієздатності для укладення Договору.

7.3. Сторони домовилися, що перелік медичних закладів для організації та оплати медичних послуг розміщується Страховиком на його офіційному сайті <https://arx.com.ua/> та підтримується Страховиком у актуальному стані.

7.4. Невід'ємними частинами цієї Оферти є:

7.4.1. Частина I «Загальна частина»;

7.4.2. Частина II «Умови страхування»;

7.4.3. Частина III «Програма страхування. Виключення зі страхових випадків»;

7.4.4. Частина IV «Ліміти страхових послуг та рівень медичних установ по програмі страхування»

Частина III «Програма страхування. Виключення зі страхових випадків»

1. Страхові ризики та випадки

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до медичного, профілактично-оздоровчого або фармацевтичного закладу за направленням Асистансу та/або Страховика з метою одержання послуг у межах та в обсязі Програми з приводу:

- гострого захворювання;
- хронічного захворювання в стадії загострення (2 рази на рік по кожному захворюванню);
- травми, отруєння чи іншого нещасного випадку.

2. Опис програми страхування

2.1. Швидка медична допомога

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Невідкладна медична допомога організовується цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

2.1.1. Ліміт на одну Застраховану особу складає до 2 (двох) випадків на річний страховий період, без обмежень вартості.

2.1.2. Склад опції:

2.1.2.1. Вийзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;

2.1.2.2. Вийзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;

2.1.2.3. Реанімаційні заходи;

2.1.2.4. Діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;

2.1.2.5. 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);

2.1.2.6. 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;

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

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

2.1.2.9. Транспортування з травмпункту до медичного закладу у випадку необхідності в стаціонарній медичній допомозі;

2.1.2.10. Транспортування з травмпункту до місця мешкання Застрахованої особи у випадку травмування нижніх кінцівок або у випадку коли за медичними показаннями Застрахованій особі рекомендовано ліжковий режим;

2.1.2.11. Транспортування каретою невідкладної медичної допомоги, за медичними показаннями, з одного медичного закладу в інший, територією України.

2.2. Невідкладна стаціонарна допомога

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

2.2.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та витрат.

2.2.2. Склад опції:

2.2.2.1. Перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності);

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

2.2.2.3. Харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

2.2.2.4. Консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

2.2.2.5. Консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

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

2.2.2.7. Терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;

2.2.2.8. Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;

2.2.2.9. Лікування в цілодобовому стаціонарі гормональними препаратами для лікування захворювань поза списком виключень;

2.2.2.10. Лікування в цілодобовому стаціонарі моновітамінами та вітамінними комплексами, якщо вони призначені лікуючим лікарем;

2.2.2.11. Фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;

2.2.2.12. Лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару;

2.2.2.13. 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):

2.2.2.13.1. при віці дитини до 3-х (трьох) років - сплачується перебування дорослої супроводжуючої особи 100%;

2.2.2.13.2. при віці дитини від 3-х (трьох) до 6 (шести) років - 50%.

2.2.2.14. Транспортування каретою швидкої медичної допомоги, за медичними показаннями, з одного медичного закладу в інший в межах України;

2.2.2.15. 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 або відомчої форми власності);

2.2.2.16. Надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина, та лікування проводилось в медичних закладах державної або відомчої форми власності.

2.3. Амбулаторно-поліклінічна допомога - в умовах поліклініки

Дана опція передбачає медичну допомогу в умовах поліклініки, яка організовується згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

2.3.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та витрат.

2.3.2. Склад опції:

2.3.2.1. Консультація лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання, для направлення Застрахованої особи до лікаря-спеціаліста;

2.3.2.2. Консультація лікаря-спеціаліста в поліклініці за направленням лікаря-терапевта або лікаря-координатора Асистанса, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста (ЛОР, невропатолог, гінеколог і т.д.);

2.3.2.3. Проведення діагностичних інструментальних досліджень в умовах поліклініки або діагностичних центрів за призначенням лікаря-терапевта та/або лікаря-спеціаліста;

2.3.2.4. Проведення медичних процедур та маніпуляцій (в тому числі малих хірургічних втручань), що можуть бути проведені в амбулаторних умовах, за призначенням лікаря-терапевта та/або лікаря-спеціаліста, з метою лікування основного захворювання;

2.3.2.5. Засоби медичного призначення, розхідні матеріали: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст» (білого кольору), засоби, які необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо).

2.3.2.6. Проведення профілактичних щеплень для дітей віком від 3 (трьох) до 14 (чотирнадцяти) років включно, згідно календарю профілактичних щеплень, що затверджений МОЗ України на день укладання Договору страхування;

2.3.2.7. Вакцинація від правця та сказу. Дана послуга надається державними установами.

2.4. Амбулаторно-поліклінічна допомога – вдома чи в офісі

Дана опція передбачає медичну допомогу на дому (в офісі), яка 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 Асиансом та/або Страховиком.

2.4.1. Ліміт на одну Застраховану особу складає до 2 (двох) випадків на річний страховий період, без обмежень вартості.

2.4.2. Склад опції:

2.4.2.1. 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;

2.4.2.2. Показання для виклику лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря:

2.4.2.2.1. 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);

2.4.2.2.2. 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);"

2.4.2.3. Транспортні витрати на транспортування лікаря - терапевта, педіатра, сімейного лікаря до дому або офісу Застрахованої особи Страховик сплачує:

2.4.2.3.1. 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;

2.4.2.3.2. 100% - у випадку знаходження Застрахованої особи у межах 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;

2.4.2.3.3. 50% - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 30 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;

2.4.2.3.4. послуга не надається - у випадку знаходження Застрахованої особи за межами 50 - км зони навколо населеного пункту, в якому знаходиться медична установа, яка надає послугу;

2.4.2.4. Консультації вузьких спеціалістів на дому не здійснюються у зв'язку з необхідністю додаткових пристроїв або маніпуляційної техніки.

2.4.2.5. Консультація лікаря-спеціаліста, проведення лабораторних, інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій вдома, обслуговування середнім медичним персоналом проводиться за рішенням Асианса та Страховика в кожному конкретному випадку для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом та сплачується Страховиком 100%

2.5. Амбулаторно-поліклінічна допомога - лабораторна діагностика

Дана опція передбачає лабораторну діагностику в умовах поліклініки або спеціалізованих лабораторіях в об'ємі, призначеному лікарем-терапевтом та/або лікарем-спеціалістом, для діагностики основного захворювання, організовується в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи поліклініки.

2.5.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та витрат.

2.6. Амбулаторно-поліклінічна допомога - денний стаціонар

Дана опція передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі в умовах денного стаціонару в плановому порядку на підставі рішення лікаря про необхідність такого стаціонарного лікування.

Денний стаціонар організовується протягом 1 (однієї) - 3 (трьох) діб з моменту направлення лікарем поліклініки в медичні заклади, які обумовлені Договором.

Лікуванню в умовах денного стаціонару підлягають Застраховані особи:

- які потребують за станом свого здоров'я використання лікувальних засобів, після застосування яких необхідне спостереження медичним персоналом протягом деякого часу;
- яким необхідні внутрішньовенні крапельні введення медичних препаратів протягом порівняно тривалого часу;
- які, потребують проведення складних діагностичних обстежень з тривалою підготовкою, яку можна проводити тільки в умовах медичного закладу;
- які потребують лікувальних заходів після яких необхідний ліжковий режим протягом деякого часу.

2.6.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та витрат.

2.6.2. Склад опції:

2.6.2.1. Перебування Застрахованої особи в умовах денного стаціонару;

2.6.2.2. Консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;

- 2.6.2.3.** Консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- 2.6.2.4.** Проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах денного стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- 2.6.2.5.** Забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період лікування в умовах денного стаціонару, за призначенням лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- 2.6.2.6.** Лікування в умовах денного стаціонару гормональними препаратами для лікування захворювань поза списком виключень;
- 2.6.2.7.** Лікування в умовах денного стаціонару моновітамінами та вітамінними комплексами, якщо вони призначені лікуючим лікарем;
- 2.6.2.8.** Фізіотерапевтичні процедури в умовах денного стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу.

2.7. Амбулаторно-поліклінічна допомога – фізіопроцедури

Дана опція передбачає організацію та оплату лікування основного захворювання фізичними методами (апаратними та ручними) в амбулаторних умовах в медичних установах, передбачених Програмою страхування.

2.7.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та витрат.

2.7.2. Склад опції:

2.7.2.1. Апаратні методи лікування (електрофорез, УВЧ - прогрівання, підводне витягання та подібні) - загальною кількістю всіх процедур до 15 процедур на рік;

2.7.2.2. Голкорефлексотерапія за призначенням лікаря - до 15 процедур на рік;

2.7.2.3. Лікувальний масаж або мануальна терапія за медичними показаннями за призначенням лікаря - загальною кількістю процедур до 10 на рік (не залежно від зони проведення масажу).

2.8. Медикаменти при амбулаторно-поліклінічній допомозі

Дана опція передбачає забезпечення через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик та/або Асистанс, Застрахованих осіб медичними препаратами, які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах.

2.8.1. Франшиза - без обмежень по кількості страхових випадків та витрат, але із франшизою 50% (Сплачується 50%)

2.8.2. Склад опції:

2.8.2.1. Офіційно зареєстрованими на Україні лікарськими засобами для лікування основного захворювання курсом до 30 днів за кожною нозологією протягом року,

2.8.2.2. В тому числі гомеопатичними препаратами (в тому числі препарати компанії "Heel");

2.8.2.3. В тому числі вітамінними препаратами призначеними як етіотропне лікування;

2.8.2.4. Доставка медикаментів додому та в офіс (за наявності такої послуги в аптеках, що співпрацюють з Асистансом та при вартості замовлення більше 100 грн).

2.8.2.5. Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:

2.8.2.5.1. після визначення плану лікування, лікар поліклініки зв'язується з лікарем - координатором та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованої особи та їх кількість;

2.8.2.5.2. лікар-координатор зв'язується з аптекою;

2.8.2.5.3. за наявності необхідних медикаментів в аптеках, лікар - координатор надає рецепт на отримання таких медикаментів або гарантує сплату вартості медикаментів аптеці в інший спосіб.

2.9. Діагностика та лікування критичних захворювань

2.9.1. Ліміт на одну Застраховану особу: без обмежень по кількості страхових випадків та в рамках річної страхової суми на одну Застраховану особу.

2.9.2. Склад опції:

2.9.2.1. 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.

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

2.9.2.2. 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.

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

3. Виключення зі страхових випадків

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.9. ожиріння;

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

3.1.11. захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим 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;

3.1.12. 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 підrobка документації;

3.1.13. 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;

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

3.1.13.2. 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.

3.2. 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:

3.2.1. хронічна ниркова та печінкова недостатність;

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

3.2.3. туберкульоз, цукровий діабет та їх ускладнення;

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

3.2.5. хронічні хвороби судин (варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність);

3.2.6. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;

3.2.7. системні захворювання сполучної тканини;

3.2.8. залізодефіцитна анемія;

3.2.9. мігрень, епілепсія.

3.3. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:

3.3.1. косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури;

3.3.2. операції за бажанням (не за медичними показниками);

3.3.3. операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;

3.3.4. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;

3.3.5. 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".

3.3.6. екстракорпоральні методи лікування: плазмозаміщення, плазмозаміщення, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитозаміщення і т.п.;

3.3.7. гідроклононотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія;

3.3.8. ЛФК (лікувальна фізкультура) - окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару;

3.3.9. послуги косметолога, парикмахера, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата);

3.3.10. будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком;

3.3.11. довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та ін.);

3.3.12. виклик лікаря до дому без медичних показань;

3.3.13. 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;

3.3.14. надання медичної допомоги (окрім швидкої невідкладної допомоги) внаслідок заняття Застрахованою особою спортом на професійному рівні; внаслідок спортивних тренувань та змагань на професійному рівні.

3.4. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:

3.4.1. 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);

3.4.2. гормональних препаратів, окрім протизапальних, препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифірилін, 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;

3.4.3. 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 остеосинтеза в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери.

4. Асистанс



Центр з медичного асистансу СК «ARX». Адреса: 08310 , Київська обл., Києво-Святошинський район, с. Петропавлівська Борщагівка, вул. Петропавлівська 14.



Телефон 044 498 03 07

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



Телефон з послугою Callback 044 498 03 00



Електронна адреса - сma@arx.com.ua



Skype - ARX

Частина IV «Ліміти страхових послуг та рівень медичних установ по програмі страхування»

Опції, які включені в програму	
Швидка медична допомога	
Ліміт використання послуги	до 2 (двох) випадків на річний страховий період, без обмежень вартості
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості (клас 1-6 медичних установ 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 "Медіком" і т. п.), сплачуються - 100%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується -100%
Невідкладна стаціонарна допомога	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та витрат
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості, клас 1-6 медичних установ 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") - для осіб віком від 17 років сплачуються - 100%; - для осіб віком до 16 років включно сплачуються - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 100%
Лікар додому	
Ліміт використання послуги	до 2 (двох) випадків на річний страховий період, без обмежень вартості
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, приватних медичних установ середньої цінової вартості, клас 1-6 медичних установ 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 - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Діагностика та лікування критичних захворювань (інфаркт/інсульт, злоякісні новоутворення)	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та в рамках річної страхової суми на одну застраховану особу
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ сплачуються - 100%; - послуги приватних медичних установ – не сплачуються
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується 50%
Амбулаторно-поліклінічна допомога (в умовах поліклініки)	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та витрат
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, клас 1-4 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика, сплачуються - 100%; - послуги будь-яких приватних медичних установ (клас 5-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика (наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Медіком" і т. п.) - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%

Амбулаторно-поліклінічна допомога (лабораторна діагностика)	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та витрат
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, клас 1-4 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги будь-яких приватних медичних установ (клас 5-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика (наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Медіком" і т. п.) - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Амбулаторно-поліклінічна допомога (денний стаціонар)	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та витрат
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, клас 1-4 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги будь-яких приватних медичних установ (клас 5-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика (наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Медіком" і т. п.) - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%
Амбулаторно-поліклінічна допомога (фізіопроцедури)	
Ліміт використання послуги	без обмежень по кількості страхових випадків та витрат
Послуги медичних установ	- послуги державних та відомчих медичних установ, клас 1-4 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика), сплачуються - 100%; - послуги будь-яких приватних медичних установ (клас 5-11 медичних установ за класифікацією Страховика, перелік наведений на сайті Страховика (наприклад, МЦ "Добробут", МЦ "Борис", МЦ "Медіком" і т. п.) - 50%
Медикаментозне забезпечення при наданні послуг за опцією	сплачується - 50%

РЕКВІЗИТИ СТРАХОВИКА

Перший заступник Голови Правління АТ «СК «АРКС»



Межебицький М.С

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