

**Затверджено Наказом Голови Правління
ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»
№ 3 від 01.01.2025 року**

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ
ПРО СТАНДАРТНИЙ СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ**

«Медичне страхування»

Редакція діє з 01 січня 2025 року

Цей документ містить загальну інформацію про страховий продукт та не є пропозицією щодо укладення договору страхування. Зазначена інформація потрібна для розуміння сутності, ризиків, потенційних вигод та збитків цього продукту, та допомагає порівняти його з іншими продуктами

Таблиця

| № з/п | Вид інформації | Інформація для заповнення Страховиком |
|----------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТРАХОВИКА | |
| 2 | Найменування Страховика, код за Єдиним Державним реєстром підприємств та організацій України | ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ», 33908322 |
| 3 | Номер і дата видачі витягу з Реєстру | Номер витягу із Державного реєстру фінансових установ: 27-0024/32803 Дата видачі витягу із Державного реєстру фінансових установ: 26.04.2024 року |
| 4 | Місцезнаходження Страховика | Україна, 03056, місто Київ, вулиця Борщагівська, будинок 154 |
| 5 | Адреса офіційного вебсайту Страховика | https://arsenal-ic.ua |
| 6 | 1. ОСНОВНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ | |
| 7 | Клас страхування та опис страхового продукту | Клас страхування 2 - «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» Об'єктом страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи. Об'єктом страхування не може бути життя, здоров'я, працездатність: - осіб, які визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними. Об'єктом страхування не можуть бути: - непрямі збитки; моральна шкода. |
| 8 | Страхові ризики та обмеження страхування | Страхові ризики: Страховим ризиком за договором страхування є ризик здійснити страхову виплату Страхувальнику (іншій особі, визначеній договором |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|---|
| | | <p>страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування та/або законодавства шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування.</p> <p>Обмеження страхування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - життя, здоров'я, працездатність осіб, які визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними; - непрямі збитки; моральна шкода. |
| 9 | <p>Територія та строк дії договору страхування</p> | <p>Територія дії договору страхування: Україна (за винятком: населених пунктів, на території яких органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження та населених пунктів, що розташовані на лінії розмежування, території АР Крим та м. Севастополь, тимчасово окупованих населених пунктів та територій ведення бойових дій).</p> <p>Строк дії договору страхування: Мінімальний та максимальний строк дії договору страхування становить від 1-го до 365-ти або 366-ти календарних днів (в залежності від кількості календарних днів у році). Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін.</p> <p>Договір страхування набирає чинності: з дати початку строку дії договору страхування.</p> <p>Умови та порядок продовження строку дії договору страхування: Договір страхування може передбачати продовження його строку дії за згодою сторін. Якщо на дату продовження строку дії договору страхування не змінилися обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, строк дії договору страхування може бути продовжено за згодою сторін на таких самих умовах, як визначені договором страхування. Якщо вказані обставини змінилися, умови продовження строку дії договору страхування визначаються за згодою сторін з урахуванням таких змін. Продовження строку дії договору страхування здійснюється за згодою сторін шляхом укладення додаткового договору до договору страхування. Періоди страхування встановлюються за договором страхування для кожної Застрахованої особи або за договором страхування за згодою сторін.</p> <p>Періоди страхування встановлюються за договором страхування для кожної Застрахованої особи або за договором страхування за згодою сторін.</p> |
| 10 | <p>Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)</p> | <p>Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності) страховим продуктом не визначені. Страхова сума за договором страхування визначається за згодою сторін. Для кожної Застрахованої особи встановлюється окрема страхова сума. Страхова сума встановлюється в гривнях та є агрегатною (після здійснення страхової виплати страхова сума зменшується на суму</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|---|
| | | <p>здійсненої страхової виплати).</p> <p>Ліміти відповідальності за договором страхування визначаються в гривнях за кожним конкретним видом послуг та/або страховою опцією. Після здійснення страхової виплати ліміт відповідальності зменшується на суму здійсненої страхової виплати.</p> <p>Мінімальний та максимальний розміри лімітів відповідальності страховим продуктом не встановлені</p> |
| 11 | Франшиза | <p>Договором страхування може бути встановлена франшиза на окремі види послуг та/або страхових опцій.</p> <p>Вид франшизи: безумовна (страхове відшкодування по кожному страховому випадку зменшується на розмір франшизи).</p> <p>Розмір франшизи обирається Страхувальником, та зазначається в договорі страхування у відсотках від страхової виплати.</p> <p>Мінімальний та максимальний розміри франшизи страховим продуктом не визначені.</p> |
| 12 | Розмір страхової премії/ страхового тарифу | <p>Мінімальний та максимальний розмір річного страхового тарифу становить від 0,1% до 50,0% від розміру страхової суми</p> <p>Розмір страхової премії для кожної Застрахованої особи визначається за договором страхування шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу, визначеного Страховиком для відповідної Застрахованої особи. Страхова премія за договором страхування дорівнює сумі страхових премій за кожну Застраховану особу, встановлених за договором страхування</p> <p>Мінімальний та максимальний розмір страхової премії не встановлюється (залежить від погодженого сторонами розміру страхової суми).</p> <p>Умови отримання знижки на страховий продукт та акційні пропозиції Страховика (за наявності), включаючи терміни їх дії: Знижки на страховий продукт не передбачені. Акційні пропозиції відсутні.</p> |
| 13 | Порядок та строки сплати страхової премії | <p>Страхова премія може сплачуватися одним платежем або періодичними платежами в безготівковій формі на банківський рахунок Страховика (або страхового посередника) або готівкою до каси Страховика у порядку та у строки, визначені за згодою сторін при укладенні договору страхування.</p> |
| 14 | Обов'язки сторін | <p>Страхувальник зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором страхування • Перед укладенням і надалі та протягом дії договору страхування письмово поінформувати Страховика про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливої шкоди), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення договору страхування, у тому числі про наявність страхового інтересу (в тому числі у Застрахованої особи та/або Вигодонабувача). • Протягом строку дії договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором страхування; • Якщо Страхувальник одночасно є Застрахованою собою при |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>настанні події, що має ознаки страхового випадку, для підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком, надати документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди, передбачені договором страхування.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При укладанні договору страхування повідомити Застраховану особу про укладання договору страхування на її користь, ознайомити її з умовами договору страхування та Загальними умовами страхового продукту, а також отримати її згоду на укладання договору страхування. • Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам. • У письмовому вигляді та шляхом електронного листування надати Страховику відомості про осіб, які приймаються/виключаються на/зі страхування, у строк не пізніше 5 (п'яти) робочих днів до дати початку/припинення дії договору страхування за цими Застрахованими особами; • Видати індивідуальні страхові картки, надані Страховиком за бажанням Страхувальника, Застрахованим особам за договором страхування; • Надати копії документів, на підставі яких буде здійснена належна перевірка, ідентифікація та верифікація Страхувальника (за необхідності) та повідомляти Страховика про зміну наданих документів/інформації. • Надати копії документів, що підтверджують усунення підстав для встановлення Страхувальнику високого/неприйнятно високого рівня ризику легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом/фінансування тероризму. • Виконувати всі умови договору страхування. <p>Страховик зобов'язаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ознайомити Страхувальника з умовами договору страхування та Загальними умовами страхового продукту. • У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим. • У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором страхування або законом строк • У разі прийняття рішення про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення письмово повідомити Страхувальнику (Вигодонабувачу) про прийняте рішення з обґрунтуванням підстав відмови. • У разі прийняття рішення про відстрочення прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення письмово повідомити Страхувальнику (Вигодонабувачу) про прийняте рішення з обґрунтуванням підстав відстрочення. • Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування». • Якщо страхова премія за договором страхування сплачується періодичними платежами, у разі зміни протягом строку дії договору |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|--|
| | | <p>страхування банківського рахунку, повідомити Страхувальника про таку зміну шляхом розміщення повідомлення на вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі: «Інформація для споживача» за посиланням: https://arsenal-ic.ua/documents/consumers протягом 2 (двох) робочих днів з дати настання таких змін. Укладення додаткового договору до договору страхування у такому випадку не вимагається.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Виконувати всі умови договору страхування. <p>Можливі наслідки для споживача в разі невиконання ним обов'язків, визначених договором страхування, включаючи несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних причин та несвоєчасну сплату страхової премії або її наступної частини:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяних збитків, є підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування. - Настання події у період, за який не сплачений страховий платіж у розмірі та у строки, передбачені договором страхування, є підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування. - Несплата Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений договором страхування строк (у разі сплати страхової премії частинами) є підставою дострокового припинення дії договору страхування та втрати ним чинності (на умовах, передбачених |
| 15 | <p>Підстави та порядок припинення дії договору страхування</p> | <p>Дія договору страхування припиняється та договір страхування втрачає чинність за згодою сторін такого договору страхування, а також у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ закінчення строку дії договору страхування; ✓ виконання Страховиком всіх зобов'язань перед Страхувальником; ✓ несплати/несвоєчасної сплати чергової частини страхової премії; ✓ ліквідації Страховика, ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених Законом України «Про страхування»); ✓ набрання законної сили рішенням суду про визнання договору страхування недійсним; ✓ в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування. <p>Дії сторін договору страхування для дострокового припинення строку договору страхування, порядок та строки повернення страховиком страхової премії (її частини).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона повідомляє іншу сторону у письмовій (електронній) формі не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування. - У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|--|
| | | <p>Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає Страховальнику сплачену ним страхову премію повністю.</p> <p>- У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страховальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов договору страхування, Страховик повертає йому сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. При цьому, договір страхування вважається припиненим з 00-00 годин за Київським часом дати, яка вказана в Повідомленні.</p> <p>- Витрати, пов'язані безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, вираховуються у розмірі, що відповідає частці таких витрат, зазначеній у договорі страхування.</p> <p>- Сплачену страхову премію (її частину) Страховик повертає протягом 10 робочих днів з дати припинення дії договору страхування на банківський рахунок Страховальника або у інший спосіб за допомогою платіжних систем.</p> <p>- Якщо при достроковому припиненні дії договору страхування залишилися нерегульовані страхові випадки, Страховик повертає страхову премію (її частину) після врегулювання таких випадків.</p> <p>- Якщо Страховальника включено до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні та/або інші санкції, то повернення страхової премії (її частини) відбувається після виключення Страховальника з такого переліку.</p> <p>- Сплачена страхова премія не повертається у разі дострокового припинення дії договору страхування у зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі.</p> <p>Право споживача на відмову від договору страхування, передбачене статтею 107 Закону про страхування.</p> <p>- Страховальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення договору страхування відмовитися від договору страхування без пояснення причин (якщо строк дії договору страхування більше 30 календарних днів і за договором страхування відсутні повідомлення про настання подій, що мають ознаки страхового випадку).</p> <p>- Сплачену страхову премію (її частину) Страховик повертає протягом 10 робочих днів з дати отримання повідомлення Страховальника про відмову від договору страхування на банківський рахунок Страховальника або у інший спосіб за допомогою платіжних систем.</p> |
| 16 | | ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ |
| 17 | <p>Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</p> | <ul style="list-style-type: none"> • При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа зобов'язана для визнання такої події страховим випадком особисто або через інших осіб звернутися в Асистанс. • Для організації медичної допомоги Застрахована особа особисто або через інших осіб зобов'язана повідомити співробітнику Асистанса таку інформацію: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Сервісний номер та/або прізвище та ім'я, дату народження Застрахованої особи; ✓ детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги; ✓ іншу інформацію на запит співробітника Асистанса. • Співробітник Асистанса (лікар – координатор Асистанса) |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|--|
| | | <p>проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає медичні консультації та, у разі необхідності, скеровує Застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), організовує надання медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Асистанса.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Під час візиту до ЗОЗ Застрахована особа зобов'язана пред'явити документ, що засвідчує особу та має фото (паспорт, ID-картку, посвідчення водія, тощо) або підтвердити наявність реєстрації в мобільному додатку «Arsenal IC», пред'явивши ЗОЗ відповідну сторінку мобільного додатку, що містить інформацію про прізвище, імя та по батькові (за наявності) Застрахованої особи. • Якщо у Застрахованої особи не було об'єктивної можливості одразу звернутися при захворюванні до Асистансу, і без відома розпочато надання медичних послуг, Застрахована особа або особи, що її опікують, зобов'язана (зобов'язані) повідомити про це Асистанс протягом перших 48 годин після отримання медичної допомоги. • Обслуговування Застрахованої особи здійснюється в медичних закладах, з якими Асистансом укладено Договори про співробітництво, відповідно до умов спеціальної корпоративної програми (далі - СКП), за умовами якої було здійснене страхування цієї Застрахованої особи. • У випадках, при необхідності отримати медичну допомогу в медичному закладі, з яким Страховик/Асистанс не має договірних відносин, Застрахована особа, якщо претендує на сплату таких послуг Страховиком, має попередньо погодити своє звернення з Асистансом/Страховиком. <p>Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за договором страхування, та надання Страховику документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір шкоди, передбачених договором страхування, покладається на Страхувальника (Застраховану особу, її спадкоємців, Вигодонабувача).</p> |
| 18 | <p>Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат</p> | <p>Порядок здійснення страхових виплат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • У разі визнання Страховиком випадку страховим, здійснення страхової виплати проводиться Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання Страхового акту. • Форма здійснення страхової виплати (готівкою або безготівковим розрахунком) визначається у Заяві на здійснення страхової виплати. • Днем здійснення страхової виплати вважається день списання коштів (страхової виплати) з поточного рахунку Страховика. • Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих послуг та/або медикаментів, опосередковано через Асистанс, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу Застрахованій особі в рамках СКП, або, у разі самостійної сплати Застрахованою особою послуг та медикаментів, при умові додержання вимог договору страхування договору страхування, Застрахованій особі безпосередньо. • Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі письмової заяви Страхувальника (його правонаступника або Застрахованої особи, її спадкоємців, Вигодонабувача) і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (Страхового акту). • Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та відмову у здійсненні страхової виплати протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання письмової Заяви на здійснення страхової виплати та інших необхідних документів, передбачених договором |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>страхування. Страховик має право прийняти рішення про відстрочення прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати. Рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати оформлюється Страховим актом за формою, встановленою Страховиком.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, а також документів та відомостей на виконання вимог Закону про запобігання. • У випадку оплати наданих медичних послуг через Асистанс заявою Страхувальника (Застрахованої особи) на здійснення страхової виплати є акт виконаних робіт від Асистансу. Конкретний перелік документів для здійснення страхової виплати визначений договорами між Асистансом та ЗОЗ, що обслуговують Застрахованих осіб. • Всі документи, надані установами, які надали Застрахованій особі послуги та/або товари мають бути підтверджені підписами відповідальних осіб та печаткою закладу, що надав послуги. Перелік документів, що підтверджують страховий випадок, який Застрахована особа у разі бажання відшкодування витрат, повинна надати Страховику: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Заява на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком); ✓ засвідчена Застрахованою особою фотокопія паспорт (із відміткою про місце проживання (реєстрації) або довідкою (паперовим витягом з Єдиного державного демографічного реєстру); ✓ засвідчена Застрахованою особою фотокопія РНОКПП; ✓ фотокопія свідоцтва про народження Застрахованої особи (якщо Застрахована особа віком до 16-ти років); ✓ оригінал виписки з амбулаторної/стаціонарної карти хворого 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 (та/або можуть надаватись Страховику нотаріально засвідчені копії, прості копії, завірені органом, який видав відповідний документ або у формі простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення їх з оригінальними примірниками документів); ✓ оригінали рецептів або інших медичних документів, що підтверджують призначення медичних препаратів (та/або фотокопію документу медичного закладу, який містить вище зазначені відомості); ✓ оригінали рахунків закладів охорони здоров'я, з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг та медикаментів (фіскальні чеки, рахунки фактур, акти виконаних робіт завірені сторонами); ✓ оригінали касових та відповідних товарних чеків з медичних та аптечних закладів з зазначенням сплачених послуг чи назви медичних препаратів; ✓ у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг наданих фізичною/юридичною особою, яка займається підприємницькою діяльністю або має приватний статус, необхідно надати фотокопію ліцензії на право надання таких послуг; <p>Заява та документи на отримання страхової виплати можуть бути</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>надані Застрахованою особою, в термін не пізніше 30 календарних днів з дати оплати наданих послуг з врахуванням терміну перебування на лікарняному/виписки зі стаціонару, а також не пізніше 30 календарних днів після припинення або дострокового припинення договору страхування, якщо страховий випадок настав протягом строку дії договору страхування. У разі надання документів в термін, більший за зазначений, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.</p> <p>Розрахунок розміру страхових виплат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • У випадках, коли Застрахована особа самостійно сплатила вартість медичних послуг та/або медикаментів, за умов дотримання умов договору страхування, розрахунок страхової виплати Застрахованій особі здійснюється наступним чином: <ul style="list-style-type: none"> ✓ за придбані медикаменти – відшкодовується 100% витрат в рамках ліміту за опцією, якщо інше не передбачене СКП; ✓ якщо вартість отриманих послуг не перевищує вартості аналогічних послуг в Розрахункових ЗОЗ - відшкодовується 100% витрат в рамках ліміту за опцією; ✓ якщо вартість отриманих послуг перевищує вартість аналогічних послуг в Розрахункових ЗОЗ, Страховик відшкодовує лише частину витрат на отримані послуги у сумі вартості аналогічних послуг в Розрахункових ЗОЗ в рамках ліміту за опцією; ✓ якщо послуга, яка була надана Застрахованій особі ЗОЗ, відсутня в Розрахунковому ЗОЗ, Страховик визначає розмір виплати орієнтуючись на розмір вартості аналогічної послуги в ЗОЗ відповідної категорії зі списку ЗОЗ Страховика/Асистансу, якщо не існує іншої попередньої домовленості Застрахованої особи та Страховика. • Після кожної страхової виплати відповідна страхова сума зменшується на суму такої виплати. • Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми або ліміту за опцією (якщо такий передбачений СКП) В будь-якому випадку страхова виплата згідно зі ст. 94 Закону України “Про страхування” не може перевищувати розміру прямого збитку, завданого Застрахованій особі в результаті настання страхового випадку. • Страховик не відшкодовує витрати, які виникли після закінчення строку дії або достроковому припиненні дії договору страхування по відношенню до конкретної Застрахованої особи, за винятком обставин, коли страховий випадок пов'язаний із невідкладним стаціонарним лікуванням, розпочатим в період дії договору страхування. В даному випадку Страховик відшкодовує витрати на невідкладне стаціонарне лікування як в період так і після закінчення дії договору страхування по Застрахованій особі або дострокового припинення дії договору страхування до моменту виписки Застрахованої особи із невідкладного стаціонару, але не більше ніж 10 (десять) календарних днів після закінчення дії договору страхування. • У разі, якщо за СКП передбачений корпоративний ліміт за опцією/набором опцій, загальна сума виплати в рамках опції/набору опцій за якою (яким) є корпоративний ліміт, не може перевищувати суму передбаченого корпоративного ліміту. • Страховик має право прийняти рішення про відстрочення прийняття рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати у випадках та на строк, |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|--|
| | | передбачені договором страхування. |
| 19 | Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті | <p>I. 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 (якщо інше не передбачено договором страхування):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани (МКХ-10*: D80-D89, B20-B24); аутоімунні захворювання та стани (МКХ-10: M30-M36, D59.0-D59.1, E06.3); 2. Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, спроба самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень; Синдром Гайе - Верніке (хвороба Верніке, енцефалопатія Верніке, верхній гострий геморагічний поліоенцефаліт Верніке); Захворювання/стани/синдроми/травми, які сталися на фоні та/або внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та/або токсичних речовин; 3. Вірусні гепатити (крім гепатиту А), хронічні гепатити, мікс-гепатити, гепатози, цироз печінки будь-якого генезу; 4. Променеві ураження в будь-якій формі, захворювання та наслідки дії радіації та іонізуючого випромінення, радіоактивного, хімічного, бактеріологічного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені; 5. Психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну, розлади поведінки, депресивні стани, сексуальні дисфункції, синдром хронічної втоми. Енцефалопатії будь-якого генезу. 6. Захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, змішані сечостатеві інфекції (в т.ч. але не виключно: гонорея, сифіліс, венерична лімфогранульома, м'який шанкр, донованоз, хламідіоз, уреоплазменна та мікоплазменна інфекції, аногенітальна герпетична інфекція, гарднерельоз, трихомоніаз, папіломовірус, контагіозний молюск, гострокінцеві конділоми, липтотрікс та ін.); 7. TORCH - інфекції. Герпес-вірусні інфекції всіх типів, в т.ч. визвані вірусом Епштейн-Барра, окрім гострих типових клінічних форм з первинним проявом хвороби (мононуклеоз, вітряна оспа, краснуха). Цитомегаловірусна інфекція. Вірусоносійство, бактеріоносійство; 8. Вікові та хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення (в т.ч. але не виключно: атеросклероз, кардіосклероз, ішемічна хвороба серця, пневмосклероз, остеопороз, остеохондроз, артроз, остеоартрит, анкілозуючий спонділоартрит, сколіоз, лордоз, міжхребцеві кили та протрузії дисків, синдром хребтової артерії, вертеброгенні торакалгії та ін.); при деформуючому остеоартрозі, остеохондрозі, дорсопатії, синдромі хребтової артерії покриваються (1 курс до 10 днів) медикаменти та послуги по їх введенню, направлені виключно на зняття больового синдрому та запалення. Вроджені, дегенеративні, застарілі ураження меніска (МКХ-10: M23.1-M23.3); 9. Особливо небезпечні інфекції згідно чинних Наказів МОЗ України; Інфекційні захворювання, що до яких були оголошені епідемії (крім грипу) та пандемії. Захворювання, що виникли поза межами території та/або поза строком дії договору страхування та їх наслідки, в тому числі травми, інвазійні та інфекційні хвороби, паразитарні хвороби, зараження якими відбулось за межами території дії договору страхування; 10. Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені (МКХ-10: Q00-Q99, G80); Перинатальні пошкодження та їх наслідки (МКХ-10: P00-P96); Дитячий церебральний |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>параліч (МКХ-10: G80);</p> <p>11. Професійні захворювання; Алергічні захворювання (в т.ч. специфічна імунотерапія алергічних захворювань, скринінг на визначення алергенів, алергологічні панелі, імунограма тощо), крім надання медичної допомоги при невідкладних станах;</p> <p>12. Ожиріння з будь-якої причини; Захворювання, які викликані порушенням обміну речовин, хронічні захворювання ендокринної патології (МКХ-10: E00-E90). Подагра. Бронхіальна астма. Ревматизм. Кардіоміопатії (МКХ-10:I42-I43);</p> <p>13. Патологічні стани, що пов'язані з вагітністю та пологами, в т. ч. патологічними, окрім абортів за медичними показаннями. Чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції. Дисгормональні стани. Порушення менструального циклу: аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія; Клімакс, в т.ч. патологічний. Ендомітриоз, мастоденія, мастопатія, дисплазії, ерозії та ектропіон, полікістоз, кістома яєчників, кіста яєчників, кіста молочної залози, поліпи тканин жіночих статевих органів;</p> <p>14. Захворювання шкіри та придатків та їх ускладнення: псоріаз, екзема, вітіліго, атопічний дерматит (нейродерміт), інфекційний дерматит, піодермії, пітіриязи, токсикодермії, мікози, лишай, оніхомікози, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, педикульоз, короста, свербіць, кератодермії, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів;</p> <p>15. Інвазійні хвороби та паразитарні захворювання, в т.ч. їх серологічна діагностика (в т.ч. але не виключно амебіаз, лямбліоз, аскаридоз та ін.); Функціональні розлади органів травлення: дискінезії жовчовивідних шляхів, функціональний закріп, диспанкреатизм, синдром подразненого кишківника (покриваються медикаменти, направлені виключно на зняття больового синдрому). Хвороба Крона. Виразковий коліт. Дезбіоз, дезбактеріоз;</p> <p>16. Захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав); Травматичні ушкодження, отримані Застрахованою особою в стані алкогольного (токсичного, наркотичного) сп'яніння;</p> <p>17. Захворювання та травми, що настали внаслідок служби (у тому числі військової) в Збройних Силах України, інших утворених відповідно до законів України військових формуваннях та правоохоронних органах спеціального призначення, органах боротьби з тероризмом, розвідувальних органах, національній гвардії, державній прикордонній службі, добровольчих підрозділах або інших самоорганізованих підрозділах, які мають ознаки військових формувань та/або формувань з охорони громадського порядку;</p> <p>18. Захворювання та травми, що настали внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку.;</p> <p>19. Захворювання та травми, що настали внаслідок участі Застрахованої особи в деяких видах активного відпочинку (горні лижи, рафтинг, автоспорт, мотоспорт, дайвінг, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, альпінізм, скелелазіння, сафарі, серфінг, катання на сноуборді, футбол, волейбол) або при занятті професійним чи аматорським спортом (окрім швидкої невідкладної допомоги).</p> <p>II. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику (для визначення</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг швидкої та невідкладної допомоги) наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані (якщо інше не передбачене договором страхування):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хронічна ниркова та печінкова недостатність; 2. Злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет та їх ускладнення, які виникли до початку дії договору страхування; 3. Дегенеративні захворювання нервової системи (в т.ч. хвороба та синдром Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо), системні атрофії центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлія. Демієлінізуючі захворювання в т.ч. але не виключно розсіяний склероз; 4. Системні захворювання сполучної тканини (в т.ч. але не виключно: ревматоїдний артрит, склеродермія, дерматоміозит, системний червоний вовчак) та їх ускладнення. Патологічні переломи та вивихи (МКХ-10: M80-M85); 5. Епілепсія; Мігрень (як основне захворювання) - психоневрологічне хронічне захворювання, яке викликане періодичними спазмами судин головного мозку та приступи якого купуються в т.ч. застосуванням психотропних засобів; Вегето-судинна дистонія, десциркуляторна енцефалопатія, нейро-циркуляторна дистонія (крім кризових та невідкладних станів); 6. Захворювання/синдроми/стани/травми (за випадками та опціями), які не передбачені Програмою страхування; 7. Хвороби крові та кровотворних органів (за винятком анемії, що зумовлена гострою крововтратою, анемії 3ст.) в т.ч. онкогематологічні захворювання; 8. Дистопії та дисплазії будь-якої локалізації, аденоїдні вегетації, поліпи та кісти придаточних пазух носу, поліпи шлунково-кишкового тракту (крім тих, що потребують невідкладної терапії) ; 9. Варикозне розширення вен будь-якої локалізації, крім невідкладних станів. Геморой, крім невідкладних станів, а також крім зняття гострого болю та забезпечення кровоспинними препаратами при гострих станах. Хронічна венозна недостатність, крім гострих форм (тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вузлів), Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера), хвороба Рейно; 10. Сечокам'яна хвороба, крім екстренного стаціонарного лікування. <p>* МКХ-10 - Міжнародна класифікація хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) розміщена на сайті ВООЗ за посиланням: https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions.</p> <p>III. Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг (якщо інше не передбачено СКП):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури, в т.ч. септопластика (вирівнювання носової перетинки), ринопластика, герніопластика; 2. Медичні маніпуляції, процедури, операції за бажанням (не за медичними показниками); 3. Операції, маніпуляції, 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; |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | | <p>4. Операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів, апаратів та пристосувань. Підготовчі операції перед імплантацією;</p> <p>5. Операції на серці та судинах (в т.ч. але не виключно стентування, аорто-коронарне шунтування, операції з використанням апарату штучного кровообігу тощо);</p> <p>6. 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". Самолікування;</p> <p>7. Ліпідограма (крім випадків невідкладного стаціонарного лікування), імунограма, серологічна діагностика;</p> <p>8. Екстракорпоральні методи лікування: плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація; озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація (баротерапія), внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та ін;</p> <p>9. Будь-які послуги зв'язані з фізіологічною та/або патологічною вагітністю, фізіологічними та/або патологічними родами;</p> <p>10. Гідроколонтотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія;</p> <p>11. ЛФК (лікувальна фізкультура) - окрім лікування в умовах цілодобового стаціонару, та в випадках, коли вона назначена для лікування контрактур, що виникли після тривалої іммобілізації кінцівки (кінцівок);</p> <p>12. Послуги косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата, подолога, трихолога;</p> <p>13. Операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показами);</p> <p>14. Чоловічі та жіночі методи стерилізації (хірургічні та фармакологічні);</p> <p>15. Медичні послуги та лікування (в т.ч. оперативне), пов'язані з корекцією зору (в т.ч. апаратне лікування, тренажери): короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу, косоокості, дегенерації сітківки, катаракти, астенопії, глаукоми та ін. Захворювання судинної оболонки та сітківки ока (відшарування та розриви сітківки, ретинопатії, оклюзія судин сітківки та ін.). Комп'ютерний синдром, пресбіопія, синдром сухого ока, спазм акомодатії, тощо. Придбання окулярів, лінз, тренажерів; Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. лазерна коагуляція сітківки ока тощо;</p> <p>16. Медичні послуги та лікування пов'язані з корекцією фігури, осанки (в т.ч. сутулість, кіфоз, сколіоз), ходи (в т.ч. клишоногість), зміною ваги;</p> <p>17. Будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистансом /Страховиком. Лікувальні маніпуляції для довготривалого лікування (більше, ніж 30 календарних днів) на кожен страховий випадок;</p> <p>18. Довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї, медична довідка в басейн та інш.);</p> <p>19. Виклик лікаря до дому без медичних показань;</p> <p>20. Вартість консультативних послуг у випадку відсутності Застрахованої особи вдома при виклику лікаря до додому. Відсутність</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>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;</p> <p>21. Консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, призначені з профілактичною метою. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах;</p> <p>22. Перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду;</p> <p>23. Лікування захворювань, у тому числі травм, набутих внаслідок недотримання офіційно встановлених правил техніки безпеки, протипожежної безпеки тощо, а також правил внутрішнього розпорядку, встановлених на виробництві.</p> <p>IV.Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення (якщо інше не передбачено СКП):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; будь – яких медикаментів, офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби (в т.ч. препарати з ПДВ 20%); біологічно активних та харчових добавок; 2. будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання ; застосування двох або більше аналогічних препаратів, що мають однаковий механізм дії або відносяться до однієї фармакотерапевтичної групи, крім випадків коли один препарат має місцеву, а інший – загальну дію. Медикаменти, лікарські засоби для довготривалого лікування (більше, ніж 30 календарних днів) на кожен страховий випадок; 3. гормональних препаратів, окрім протизапальних та окрім невідкладних станів в межах швидкої допомоги та невідкладної стаціонарної допомоги; препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифирилін, золадекс та ін.); 4. препаратів для запобігання вагітності, в т.ч. таких, які мають інші властивості (протизапальні тощо); 5. косметичних та гігієнічних засобів, засобів для дезінфекції (в т.ч. сольові розчини для промивання порожнини носу); 6. антитромботичні засоби (антикоагулянти), окрім застосування при стаціонарному лікуванні; 7. хондропротекторів та, препаратів, які мають хондропротекторні властивості; 8. гіполіпідемічних препаратів (в т.ч. статини), окрім невідкладного стаціонарного лікування; 9. гепатопротекторів та препаратів, які мають в тому числі, але не виключно гепатопротекторні властивості; 10. імуномодуляторів, імунокоректорів, препаратів для терапевтичної вакцинації/імунотерапії (бронхо-ваксом, бронхомунал, рибомуніл, ІРС19); 11. антидеприсантів, психотропних (ноотропних), снодійних, седативних та заспокійливих засобів та ліків, окрім випадків, коли заспокійливі засоби призначаються як частина схеми лікування основного захворювання, невідкладного стану (гіпертонічний криз тощо) - при умові, якщо ці препарати не знаходяться на спеціальному |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>обліку та можуть бути виписані на загальних рецептурних бланках;</p> <p>12. препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); препарати загальної дії, які впливають на розлад обміну речовин в організмі;</p> <p>13. стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші); вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів;</p> <p>14. кровозамінників та препаратів крові; тканинних препаратів (гемодеривати з крові, лізати мозкової тканини тощо- солкосерил, актовегін, церебролізин, церегін, цереброкурін та ін.);</p> <p>15. препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги; лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків;</p> <p>16. препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії), окрім випадків, коли вони признані під час або після антибіотикотерапії;</p> <p>17. ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) коли вони призначені, як підтримуюча терапія. У випадку, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком;</p> <p>18. вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів, окрім випадків, коли вони є етіологічним лікуванням захворювання або передбачені Програмою страхування;</p> <p>19. придбання протезів (в т.ч. ендопротезів) 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. Будь-яке медичне обладнання, товари медичного призначення, інструментарій, які використовуються для діагностики та/або лікування не страхових діагнозів та станів, які є виключенням зі страхового покриття.</p> <p>V. Підставою для відмови Страховика у організації медичних послуг та здійсненні страхової виплати є:</p> <p>1. Недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря та графіку планових спостережень (патронаж) затверджених наказами МОЗ України; створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків; 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 СКП та/або отримання послуг у медичних закладах, не передбачених СКП та не узгоджених із Асистансом/Страховиком;</p> <p>2. Спілкування Застрахованої особи з Асистансом з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови (крім випадків невідкладної допомоги);</p> <p>3. Використання індивідуальної сервісної картки особою, яка не є її власником, з метою отримання медичних послуг;</p> <p>4. Лікування та/або діагностика інвалідизуючого захворювання та його наслідків, якщо Застрахована особа має групу інвалідності;</p> <p>5. Кошти, сплачені як благодійна допомога, добровільна пожертва, внесків до благодійних фондів;</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|--|
| | | <p>6. Отримання Застрахованою особою діагностичних послуг, які спрямовані на діагностику захворювань/станів, які є не страховими випадками за умовами договору страхування;</p> <p>7. Отримання Застрахованою особою послуг або лікарських засобів, що дублюються в межах одного страхового випадку, в тому числі повторні дослідження (перездача аналізів) та/або альтернативні консультації без призначення лікаря;</p> <p>8. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування (Застрахованої особи, її спадкоємців, Вигодонабувача, представників Страхувальника або зазначених осіб), спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;</p> <p>9. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування (Застрахованою особою, її спадкоємцями, Вигодонабувачем, представниками Страхувальника або зазначених осіб), умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;</p> <p>10. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, її спадкоємцями, Вигодонабувачем, представниками Страхувальника або зазначених осіб) неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;</p> <p>11. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її спадкоємцями, Вигодонабувачем, представниками Страхувальника або зазначених осіб) про настання страхового випадку без поважних причин;</p> <p>12. Створення Страховикові перешкод у встановленні факту, причин та/або обставин настання страхового випадку та/або розміру заподіяної шкоди;</p> <p>13. Неповідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) письмово Страховику при укладанні договору страхування про обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику або повідомлення Страховику свідомо неправдивих відомостей про такі обставини;</p> <p>14. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику та/або істотно впливають на умови договору страхування згідно з умовами договору страхування;</p> <p>15. Встановлення згідно з висновком (звітом) незалежної експертизи або шляхом проведення відповідних досліджень із залученням експертів та/або спеціалістів у відповідних галузях, що подія не могла статися за обставин, заявлених Страхувальником (Застрахованою особою, її спадкоємцями, Вигодонабувачем, представниками Страхувальника або зазначених осіб).</p> <p>16. Відмова Застрахованої особи від обстеження з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи у разі призначення Страховиком такого обстеження при укладенні договору страхування, протягом строку його дії та/або у випадку настання події, що має ознаки страхового випадку, та/або ненадання Страховику / перешкоджання в отриманні Страховиком результатів такого обстеження;</p> <p>17. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, її спадкоємцями, Вигодонабувачем, представниками Страхувальника або зазначених осіб) Страховику документів та інформації (у тому числі додаткових пояснень), що підтверджують факт, причини та обставини</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|-----------|---|--|
| | | <p>страхового випадку та розмір заподіяної шкоди;</p> <p>18. Настання події за межами території дії договору страхування (з урахуванням обмежень, передбачених договором страхування);</p> <p>19. Настання події до набрання чинності договором страхування та/або у період, за який не сплачений страховий платіж у розмірі та у строки, передбачені договором страхування;</p> <p>20. Заподіяння шкоди внаслідок події, яка за своїми ознаками не може бути віднесена до будь-якого зі страхових випадків, передбачених договором страхування;</p> <p>21. Наявність Страхувальника/ Застрахованої особи/ Вигодонабувача у переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або до нього запроваджені санкції Ради національної безпеки і оборони України у вигляді блокування активів чи зупинення виконання економічних та фінансових зобов'язань, або він є особою, пов'язаною з державою-агресором відповідно до законодавства України та/або неможливість виконання зобов'язань на його користь передбачена законодавством України;</p> <p>22. Ненадання Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем документів та відомостей, які необхідні Страховику для його належної перевірки, ідентифікації та верифікації;</p> <p>23. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування;</p> <p>24. Наявність інших підстав, встановлених законодавством;</p> <p>Рішення про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у порядку, визначеному договором страхування, та повідомляється Страхувальнику (Вигодонабувачу) письмово з обґрунтуванням підстав відмови не пізніше 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення.</p> <p>Рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати або про невизнання випадку страховим та/або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку.</p> |
| 20 | Інша інформація | |
| 21 | Форма договору страхування | Договір страхування у паперовій формі або у формі електронного документа |
| 22 | Канал (и) реалізації страхового продукту | <p>Реалізація страхового продукту здійснюється:</p> <ul style="list-style-type: none"> - за місцезнаходженням Страховика; - за місцезнаходженням відокремлених підрозділів Страховика, інформація про які викладена на вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі: «Контакти» за посиланням: https://arsenal-ic.ua/contacts; - страховими посередниками, інформація про яких (з зазначенням основного виду господарської діяльності) викладена на вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі: «Інформація про компанію» за посиланням: https://arsenal-ic.ua/documents/information-about-company. |
| 23 | Інша інформація про страховий продукт | <p>При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа повинна особисто або через інших осіб звернутися в Асистанс, який передбачений договором страхування, та/або до Страховика.</p> <p>Номери телефонів Страховика: 0800 60-44-54 (цілодобово), 044 227-77-11.</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|----|--|---|
| | | <p>Адреса Страховика: 03056, м. Київ, вул. Борщагівська, б. 154. Адреси відокремлених підрозділів Страховика: розміщені на вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі: «Контакти» за посиланням: https://arsenal-ic.ua/contacts. Електронна адреса Страховика: doctor@arsenal-assistans.com</p> <p>Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими.</p> |
| 24 | <p>Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт</p> | <p>Повна інформація про стандартний страховий продукт викладена в Загальних умовах страхового продукту «Медичне страхування», редакція діє з 01.07.2024 року, затверджених Наказом Голови Правління ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» №98 від 25.06.2024 року, що розміщені у відкритому доступі на вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі вебсайті Страховика https://arsenal-ic.ua у розділі у розділі «Страхові продукти» за посиланням: https://arsenal-ic.ua/documents/insurance-products/insurance-including-medical-insurance/iim-medical-insurance</p> |