

Умови страхування «АСКАНІЯ ГРУП»

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Згідно ДОГОВОРУ СТРАХОВИК надає страховий захист ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ у випадках, які передбачені ДОГОВОРОМ.
- 1.2. Згідно ДОГОВОРУ СТРАХОВИК забезпечує організацію надання медичних послуг ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ відповідною службою СТРАХОВИКА, а також оплату вищевказаних послуг.
- 1.3. В усіх питаннях, які не врегульовані ДОГОВОРОМ, СТРАХОВИК та СТРАХУВАЛЬНИК керуються положеннями ПРАВИЛ і чинним законодавством України. У випадку виникнення протиріч між положеннями ПРАВИЛ і положеннями ДОГОВОРУ, пріоритетну силу мають положення ДОГОВОРУ та додатків до нього.
У випадку виникнення протиріч між положеннями ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ (Додаток №2) та положеннями Додатку №3 (СПИСОК ВИКЛЮЧЕНЬ), пріоритетну силу мають положення ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ (Додаток №2).
- 1.4. Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен info.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії ДОГОВОРУ та при врегулюванні страхового випадку з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису, копій документів (за поданням оригіналів у терміни, визначені ДОГОВОРОМ для подання повного комплексу документів за випадком).
- 1.5. Усі повідомлення між Сторонами вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені одним із способів:
 - рекомендованим листом, за адресами, зазначеними у ДОГОВОРІ,
 - факсимільним зв'язком із підтвердженням про отримання,
 - кур'ером за адресами, зазначеними у ДОГОВОРІ, з оплатою послуг доставки стороною-відправником повідомлення,
 - службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно до умов даного ДОГОВОРУ, заяви на страхування;
 - аудіозвернень до Контакт-Центру СТРАХОВИКА та звернень представників Контакт-Центру до СТРАХУВАЛЬНИКА;
 - шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних документів за допомогою сервісу електронного документообігу, з використанням кваліфікованого електронного підпису (КЕП) та/або з використанням простого електронного підпису.
 - копій документів - за допомогою месенджерів в порядку та у випадках, погоджених Сторонам, з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.

2. ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ

- 2.1. **СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ** – це період часу, в якому СТРАХОВИК має обов'язок перед СТРАХУВАЛЬНИКОМ щодо виконання взятих на себе за ДОГОВОРОМ зобов'язань.
- 2.2. **ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ** – письмова угода між СТРАХУВАЛЬНИКОМ і СТРАХОВИКОМ, згідно з якою СТРАХОВИК бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми СТРАХУВАЛЬНИКУ чи іншій особі, визначеній СТРАХУВАЛЬНИКОМ, або на користь якої укладено ДОГОВІР, а СТРАХУВАЛЬНИК зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови ДОГОВОРУ.
- 2.3. **ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ** – фізичні особи віком до 65 років, які не мають встановлену групу інвалідності і не є носіями ВІЛ або СНІД, на користь яких укладено ДОГОВІР. Особи, віком до 16 років – вважаються дітьми, віком від 17 років – вважаються дорослими.
- 2.4. **ТЕРИТОРІЯ СТРАХУВАННЯ** – визначений ДОГОВОРОМ географічний район (селище, село, місто, район, область, країна), в межах якого діє ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ.
- 2.5. **ЛІМІТ (СУБЛІМІТ) ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ** – граничний розмір страхової виплати в межах СТРАХОВОЇ СУМИ, який за згодою СТОРІН може встановлюватись по окремій програмі, або по конкретній ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ.
- 2.6. **СТРАХОВА СУМА** – агрегатний ліміт відповідальності по всіх програмах, що формують програму страхування, в межах якого СТРАХОВИК здійснює виплату при настанні страхового випадку. Щоразу СТРАХОВА СУМА зменшується на величину сплачених СТРАХОВИКОМ виплат. ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ вважається виконаним в повному обсязі і припиняє свою дію з моменту виплати страхового відшкодування в розмірі, еквівалентному розміру СТРАХОВОЇ СУМИ в цілому за ДОГОВОРОМ, окремою програмою або по відношенню до конкретної ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ.
- 2.7. **ЗАГАЛЬНА СТРАХОВА СУМА** – СТРАХОВА СУМА на усіх ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ за ДОГОВОРОМ.
- 2.8. **СТРАХОВА ПРЕМІЯ** – плата за страхування, яку СТРАХУВАЛЬНИК зобов'язаний внести СТРАХОВИКУ до початку настання строку дії ДОГОВОРУ, якщо інше не передбачено ДОГОВОРОМ.
- 2.9. **СТРАХОВИЙ ТАРИФ** – ставка страхового внеску з одиниці СТРАХОВОЇ СУМИ за строк дії ДОГОВОРУ. При страхуванні родичів ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ у віці від 60 до 65 років діє подвійний СТРАХОВИЙ ТАРИФ.
- 2.10. **СТРАХОВІ РИЗИКИ** – певні події, на випадок настання яких проводиться страхування, і які мають ознаки ймовірності й випадковості настання.
- 2.11. **СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** – звернення ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ до медичного закладу, передбаченого Класом страхування, ПРОГРАМОЮ ТА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ, та одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної медичної допомоги, що потребує надання передбачених ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ медичних послуг при розладі стану здоров'я, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання та нещасним випадком, що виник в період дії ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, а також отримання інших послуг і товарів медичного призначення у межах та в обсязі ПРОГРАМИ.
- 2.12. **БЕЗУМОВНА ФРАНШИЗА** – передбачена ДОГОВОРОМ частина збитків, що не відшкодовується СТРАХОВИКОМ при настанні страхового випадку. Франшиза може бути по конкретному ЛПУ, оздоровчому закладу або програмі.
- 2.13. **ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ** – перелік (сукупність) ризиків, на випадок настання яких проводиться страхування. Діє у відповідності до КЛАСУ ОБСЛУГОВУВАННЯ.
- 2.14. **КЛАС ОБСЛУГОВУВАННЯ** - умовна назва обраної СТРАХУВАЛЬНИКОМ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ, що характеризується певною ціновою політикою лікувально-профілактичних установ (ЛПУ), куди ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА може звернутись за допомогою.
- 2.15. **ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ** - це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.
- 2.16. **ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ** - захворювання, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії або без таких періодів.
- 2.17. **ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ** - це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого посилюються суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують лікування до повернення у період ремісії, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає медичної допомоги.
- 2.18. **ФАЗА РЕМІСІЇ** - період хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання / зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя застрахованої особи.

16285602
Підписано у Вчасно ІІІ

- 2.19. **ГОСТРИЙ СТАН** - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має хронічне (-ні) захворювання в стадії ремісії) можливе захворювання проявляється погіршенням життєвих показників та часто, але не обов'язково, больовим синдромом, про що дана особа виражає суб'єктивні скарги. Під «погіршенням життєвих показників» тут розуміється, але не обмежується наступними станами:
- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми,
 - порушення свідомості, що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням,
 - підвищення артеріального тиску та ЧСС вище фізіологічної норми,
 - порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча,
 - гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі),
 - різке порушення нормального для даної особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму). Визначення гостроти, стадії патологічного процесу здійснює виключно лікар після первинної консультації, та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового.
- 2.20. **СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ САМОСТІЙНО ВИТРАЧЕНИХ КОШТІВ** – форма здійснення страхової виплати безпосередньо ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБИ.
- 2.21. **ПРЕЙСКУРАНТ ЛПУ** – перелік послуг, що їх надає лікувально-профілактична установа, з чітко визначеною вартістю кожної послуги.
- 2.22. **ОПЦІЯ** – допоміжний інструмент, призначений для модифікації (розширення) основної ПРОГРАМИ.
- 2.23. **ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ** – захворювання, що було вперше діагностовано у ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ впродовж дії ДОГОВОРУ.
- 2.24. **ДОПОМОГА** – організація та оплата медичних послуг в обсязі, передбаченому ПРОГРАМОЮ.
- 2.25. **ТЕРОРИСТИЧНИМ АКТОМ** визнаються діяння, які полягають у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, майна, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому не винних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей, що виражаються у формі застосування зброї або загрози її застосування, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, незалежно від того, чи кваліфікований він як терористичний акт компетентними органами держави.
- 2.26. **ВИРОБИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ** (медичні вироби) - будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, призначені для діагностики, лікування, профілактики організму людини та (або) забезпечення таких процесів.
- 2.27. **ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ** - будь-яка речовина або комбінація речовин (фармакологічний засіб), дозволена до застосування в Україні уповноваженим на це органом у встановленому порядку, призначена для діагностики, лікування або профілактики захворювань у людей.
- 2.28. **РОЗРАХУНКОВИЙ ДОКУМЕНТ** - документ встановленої форми та змісту на повну суму проведеної операції, створений в паперовій та/або електронній формі (у тому числі, але не виключно, з відтворенням на дисплеї реєстратора розрахункових операцій чи дисплеї пристрою, на якому встановлений програмний реєстратор розрахункових операцій QR-коду, який дозволяє здійснювати його зчитування та ідентифікацію з розрахунковим документом за структурою даних, що в ньому міститься, та/або надсиланням електронного розрахункового документа на надану адресу електронної пошти або абонентський номер особі, яка отримала послуги).
- 2.29. **НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо), характер, час і місце якої можуть бути однозначно визначені, та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я (втрати працездатності) ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ або її смерті.
- Нещасним випадком є травматичне пошкодження; поранення, у тому числі внаслідок аварії, дорожньо-транспортної пригоди, протиправних дій третіх осіб; падіння будь-якого предмета або самої ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом); розриви (поранення органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій); утоплення; опіки; тепловий удар; ураження блискавкою або електричним струмом; обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання); асфіксія внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи; напад та укуси тварин, у тому числі змій, отруйних комах.
- 2.30. **МЕСЕНДЖЕР**— система онлайн обміну текстовими повідомленнями та передачі файлової інформації з шифруванням даних.
- 2.31. **Чат-бот INGOBOT в месенджері Telegram, Viber, Facebook Messenger** (надалі — чатбот) — канал комунікації в месенджері Telegram, Viber, Facebook Messenger, який дозволяє отримати консультаційну підтримку / виконати зобов'язання щодо надання документів, необхідних для здійснення страхового відшкодування/страхової виплати, онлайн, без відвідування офісу СТРАХОВИКА.

3. УМОВИ СПЛАТИ ТА РОЗРАХУНОК СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ ЗА ДОДАТКОВО ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ

- 3.1. У разі несплати страхового платежу або його частини в строк, встановлений в п. 2.4. ДОГОВОРУ, відповідальність СТРАХОВИКА призупиняється до дати погашення заборгованості плюс один робочий день. При цьому період, за який був несплачений страховий платіж, зараховується в загальний термін дії ДОГОВОРУ страхування. В період призупинення відповідальності СТРАХОВИКА за ДОГОВОРом, СТРАХОВИК організовує надання медичної допомоги ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ тільки за умови оплати вартості медичних послуг самою ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ, з подальшим страховим відшкодуванням її витрат, що здійснюється після погашення заборгованості СТРАХУВАЛЬНИКОМ.
- 3.2. Страхова премія за додатково ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ визначається на пропорційній основі відповідно до періоду часу, що залишився до закінчення строку дії ДОГОВОРУ. СТРАХОВА СУМА для додатково ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ визначається наступним чином:
- 3.2.1. для програми «стоматологічна допомога» пропорційно періоду часу, що залишився до закінчення строку дії даного ДОГОВОРУ;
- 3.2.2. для інших програм, згідно п. 2. ДОГОВОРУ, СТРАХОВА СУМА залишається без змін.
- 3.3. Строк дії ДОГОВОРУ щодо додатково ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ не може перевищувати загального строку дії ДОГОВОРУ.
- 3.4. Прийняття на страхування додатково застрахованих осіб відбувається шляхом підписання СТОРОНАМИ ДОГОВОРУ додаткової угоди до ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

- 4.1. СТРАХОВИК не відшкодовує витрати, що пов'язані із захворюваннями або станами (та/або їх ускладненнями), з урахуванням послуг, що наведені в списку виключень (Додаток № 3 до ДОГОВОРУ), далі по тексту – «СПИСОК ВИКЛЮЧЕНЬ».

5. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 5.1. При настанні страхового випадку ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА повинна звернутися до спеціалізованої служби СТРАХОВИКА за багатоканальним номером:

Регіон	В м. Києві	В інших регіонах
У випадках, що вимагають невідкладної допомоги	(44) 495-82-03	0800-218-668
В інших випадках	(44) 495-82-00	0800-214-003

- 5.1.1. Функції спеціалізованої служби СТРАХОВИКА полягають в організації необхідної медичної допомоги ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБИ. При цьому організація таких послуг здійснюється виходячи з переліку лікувально-профілактичних установ, що знаходяться за адресою

<https://ingo.ua/medichne-straxuvannya-personalu>, далі МЕДИЧНА БАЗА. Спеціалізована служба СТРАХОВИКА залишає за собою право остаточного вибору лікувально-профілактичної установи для організації надання медичних послуг ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБИ.

- 5.2. У разі настання страхового випадку, ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА може звернутися в будь-яку ЛПУ, що не має договірних відносин із СТРАХОВИКОМ або не включена до МЕДИЧНОЇ БАЗИ, та оплатити медичні послуги самостійно. У цьому випадку ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА повинна повідомити про це СТРАХОВИКА до початку відвідування - у планових випадках або негайно, як тільки з'явиться можливість - в екстрених випадках.
- 5.3. В екстрених випадках ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА госпіталізується лікарями невідкладної медичної допомоги в рекомендовану ними лікувальну установу, яка при наявності відповідних відділень та місць може надати необхідну медичну допомогу за профілем.
- 5.4. При відвідуванні медичної установи необхідно мати при собі КАРТКУ та документ, що засвідчує особу.

6. ФОРМА ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 6.1. СТРАХОВИК оплачує вартість медичних послуг при розладі стану здоров'я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, опіком чи отруєнням, що виникли під час дії ДОГОВОРУ.
- 6.2. СТРАХОВИК оплачує вартість медичної допомоги, пов'язаної з програмами, що перераховані у ДОГОВОРІ, в обсязі, що зазначений у ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ.
- 6.3. СТРАХОВИК оплачує вартість медичних послуг, товарів медичного призначення та лікарських засобів:
 - ЛПУ, аптечним закладам або оздоровчим закладам, якщо при настанні страхового випадку ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА звернулася до спеціалізованої служби СТРАХОВИКА;
 - чи безпосередньо ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБИ, якщо при настанні страхового випадку ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА оплатила вартість медичних послуг самостійно.
- 6.4. Послуги, що не передбачені ПРОГРАМОЮ, ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА оплачує самостійно без участі СТРАХОВИКА та подальшої компенсації.
- 6.5. Призначені лікарем лікарські засоби ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ отримують за рецептами або на основі заяви, направленої СТРАХОВИКОМ в конкретну аптеку, що співпрацює зі СТРАХОВИКОМ. Під аптекою розуміється мережі аптечних закладів, які вказані у МЕДИЧНІЙ БАЗІ. При наявності ФРАНШИЗИ за даним РИЗИКОМ, різницю вартості лікарських засобів ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА має сплатити самостійно, безпосередньо при отриманні останніх.
- 6.6. Сторони дійшли згоди використовувати засоби електронного зв'язку/пошти, сервісів обміну документами для виконання умов даного ДОГОВОРУ, в тому числі, але не виключно, з метою отримання заяв, скарг, належних копій електронних документів тощо між Сторонами та ЗАСТРАХОВАНИМИ ОСОБАМИ, третіми особами.

7. ПРОЦЕДУРИ, ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ТА ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ та СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

- 7.1. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА вправі отримати СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ вартості самостійно оплачених послуг в ЛПУ, що не включені до МЕДИЧНОЇ БАЗИ, лікарських засобів, самостійно оплачених в аптечних закладах та самостійно придбаних виробів медичного призначення.
- 7.2. Для отримання СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ не пізніше ніж через 30 (тридцять) днів після закінчення строку дії ДОГОВОРУ, ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА повинна надати СТРАХОВИКУ наступні документи:
 - 7.2.1. заяву про виплату страхового відшкодування від СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, іншої особи, уповноваженої СТРАХУВАЛЬНИКОМ/ВИГОДОНАБУВАЧЕМ/ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ на ім'я Голови Правління СТРАХОВИКА, за власноручним відповідним підписом та із зазначенням дати складання заяви та/або кваліфікованим, простим електронним підписом;
 - 7.2.2. оригінал документу, що підтверджує факт оплати, який може бути представлений у вигляді:
 - 7.2.2.1. фіскального касового чеку реєстратора розрахункових операцій, програмного реєстратора розрахункових операцій - в паперовій та/або електронній формі;
 - 7.2.2.2. фіскального касового чеку платіжної/их системи/м за операціями приймання та переказу готівкових коштів;
 - 7.2.2.3. платіжних та касових банківських документів;
 - 7.2.2.4. виписки з карткового рахунку, що підтверджує оплату з карткового рахунку, в паперовій та/або електронній формі;
 - 7.2.2.5. платіжної інструкції в паперовій та/або електронній формі;
 - 7.2.2.6. розрахункові документи, виписки з карткового рахунку в електронній формі можуть бути надані СТРАХОВИКУ у вигляді посилання/пересилання на отриманий від постачальника послуг, фінансової установи, банку оригінальний примірник електронного розрахункового документа на електронну пошту;
 - 7.2.3. акт виконаних робіт та/або видаткова накладна - документ, в котрому перераховані всі надані послуги відповідно до діючого прейскуранту суб'єкта господарювання в паперовій та/або електронній формі з використанням кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи. Зазначені документи обов'язково мають містити крім зазначеного, власноручний підпис ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ та/або уповноваженої особи ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ;
 - 7.2.4. оригінали або завірені належним чином копії медичних документів, в яких вказано дати звернення, діагноз, рекомендації лікаря та призначення медикаментів, послуг або лінз в паперовій та/або електронній формі з використанням кваліфікованого електронного підпису лікаря чи уповноваженої особи. Вони можуть бути представлені у вигляді копій:
 - 7.2.4.1. консультативного висновку лікаря з печаткою та підписом лікаря;
 - 7.2.4.2. виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о) з печаткою лікувального закладу, підписом та печаткою лікаря і зав. відділення;
 - 7.2.4.3. карти виїзду бригади швидкої допомоги (форма №110/о);
 - 7.2.4.4. довідки лікувального закладу з печаткою лікувального закладу, підписом та печаткою лікаря;
- 7.2.5. копії документів про державну реєстрацію суб'єкта господарювання:
 - 7.2.5.1. від суб'єктів господарювання, що перебувають на спрощеній системі оподаткування - Витяг з реєстру платників єдиного податку та/або посилання на портал електронних сервісів щодо такої реєстрації;
 - 7.2.5.2. копія ліцензії Міністерства охорони здоров'я України із зазначенням дозволених видів медичної практики або Наказ Міністерства охорони здоров'я України про ліцензування медичної практики з переліком здобувачів ліцензій в паперовій формі та/або відповідне посилання на портал електронних сервісів щодо видачі ліцензії в електронній формі.
 - 7.2.5.3. витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців, включаючи інформацію про види діяльності за Класифікацією видів економічної діяльності (КВЕД) та/або посилання на портал електронних сервісів щодо такої реєстрації.
- 7.2.6. Документи, вказані в п. 7.2.5. ДОГОВОРУ не потрібно надавати при обслуговуванні в державних та відомчих лікувальних закладах МОЗ України та у разі отримання послуг у договірному лікувальному закладі.
- 7.2.7. Завірена підписом копія паспорта: 1,2,3,4 сторінки (додатково 5-6 сторінки для осіб після 45 років), та сторінка з реєстрацією проживання або копія біометричного паспорта громадянина України – ID карти та Витяг з Єдиного державного демографічного реєстру щодо реєстрації місця проживання (при отриманні готівки в касі СТРАХОВИКА необхідно пред'явити оригінал);
- 7.2.8. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номеру (коду);
- 7.2.9. копію свідоцтва про народження - в разі якщо страховий випадок відбувся із неповнолітньою особою (обслуговування дитини).
- 7.2.10. Dodatkowo:

- 7.2.10.1. Для відшкодування витрат за придбані лікарські засоби та виробу медичного призначення необхідно надати медичну документацію, що підтверджує призначення лікарських засобів та виробів медичного призначення, в паперовій та/або електронній формі з використанням кваліфікованого електронного підпису лікаря, що може бути представлена:
- 7.2.10.1.1. копією Листка лікарських призначень (форма №003-4/о), завіреною печаткою та підписом лікуючого лікаря чи заввідділення;
- 7.2.10.1.2. Копією виписки з історії хвороби (епікриз), при стаціонарному лікуванні, з печаткою лікувального закладу, печаткою та підписом лікуючого лікаря і заввідділення;
- 7.2.10.1.3. Копією консультативного висновку лікаря з печаткою та підписом;
- 7.2.10.2. Для відшкодування витрат на придбання виробів медичного призначення потрібно надавати копію Свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення з додатками (за їх наявності) або Технічний регламент щодо медичних виробів;
- 7.2.10.3. У випадку відшкодування стоматологічних послуг, стоматологічний діагноз може бути відображений як у медичному документі, так і в Акті виконаних робіт;
- 7.2.10.4. Для відшкодування витрат на оздоровлення необхідно надати Договір про надання оздоровчих послуг в разі придбання абонементу.
- 7.2.10.5. Для відшкодування витрат за пологи необхідно надати копію виписки з пологового будинку з переліком призначених медикаментів, медичне свідоцтво (довідку) про народження дитини, Акт виконаних робіт з переліком та вартістю наданих послуг, оригінали фінансових документів, перерахованих у розділі 7.2.2.
- 7.3. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА/Вигодонабувач має право оформити заяву про страхове відшкодування / страхову виплату (надалі — Заява) в електронній формі та подати документи, необхідні для здійснення страхового відшкодування / страхової виплати, за допомогою чат-боту INGOUABOT в месенджері Telegram відповідно до Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронну комерцію» та «Про електронні документи та електронний документообіг».
- 7.3.1. Процес оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення страхового відшкодування / страхової виплати, починається з ідентифікації Заявника в чат-боті шляхом направлення СТРАХОВИКОМ одноразового ідентифікатора (номера повідомлення) на мобільний телефон Заявника та введення Заявником в чат-бот отриманого одноразового ідентифікатора.
- 7.3.2. Заявник надає свою добровільну та беззаперечну згоду на обробку Заяви СТРАХОВИКОМ вчиненням наступної сукупності дій:
- перехід за відповідним посиланням для входу у чат-бот;
 - ознайомлення з етапами процесу оформлення Заяви та підтвердження згоди на оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення страхової виплати / страхового відшкодування шляхом натискання кнопки «Далі»;
 - введення заявником отриманого ідентифікатора;
 - натискання кнопки «Підтверджую коректність вводу» після завершення процесу оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення страхового відшкодування/ страхової виплати. Вчинення всіх зазначених дій означає прийняття Заявником умов ДОГОВОРУ і є оформленням Заяви в електронній формі та виконанням обов'язку надати документи, передбачені ДОГОВОРОМ та необхідні для прийняття СТРАХОВИКОМ рішення про здійснення страхового відшкодування / страхової виплати або відмови у виплаті, з урахуванням вимог ДОГОВОРУ щодо форми, якості, змісту та обсягу цих документів та права СТРАХОВИКА вимагати подачі оригіналів зазначених документів.
- 7.3.3. Датою і часом подання Заяви та документів за допомогою чат-боту є дата і час завершення процесу оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення страхового відшкодування/ страхової виплати. Заявник отримує підтвердження подання Заяви та документів за допомогою чат-боту у формі електронного документу. За необхідності Заява, надана за допомогою чат-боту, може бути відтворена на паперовому носії. На письмову вимогу Заявника Заява виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги СТРАХОВИКОМ та підписується власноручно Заявником.
- 7.3.4. У випадку подання неналежно оформленої Заяви, наприклад, не Заявником, без права на отримання страхової виплати / страхового відшкодування згідно з умовами ДОГОВОРУ/ Цивільного кодексу України, така Заява вважається неподаною, про що СТРАХОВИК повідомляє Заявника (в тому числі засобами телефонного зв'язку та чат-боту). У такому випадку Заявник має право подати заяву на виплату страхового відшкодування в письмовій формі особисто, відвідавши офіс СТРАХОВИКА.
- 7.4. Документи, необхідні для здійснення страхового відшкодування / страхової виплати, які подаються за допомогою чат-боту, повинні відповідати наступним вимогам:
- вимогам, які ставляться до «копії документа», тобто повинні містити точне знакове відтворення змісту чи інформації оригіналу документа, що досягається шляхом сканування, фотографування оригіналу документа (а в передбачених Договором випадках, також копії документа, завіреної органом, який його видав, або нотаріально) чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, що дозволяє їх візуальне сприйняття;
 - надані у вигляді файлів, які забезпечують можливість його збереження на технічних засобах і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;
 - бути належної якості, щоб можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.
- 7.5. На запит СТРАХОВИКА Заявник повинен подати:
- У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, за договором добровільного медичного страхування копії наступних документів:
 - паспорту (1-3 сторінки, додатково 5-6 сторінки для осіб після 45 років, сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання)/ ID карти (з обох сторін) та довідку про реєстрацію місця проживання — паперовий додаток до ID-картки;
 - довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (надалі — ІПН);
 - довідку з банку/мобільного додатку банку про відкриття банківського рахунку для перерахування страхової виплати з реквізитами Заявника;
 - фінансових документів, що підтверджують понесені витрати (фіскальний касовий чек, банківську квитанцію, платіжне доручення, платіжну інструкцію);
 - медичних документів (консультативний висновок, виписка з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, медичну довідку, результати медичних досліджень);
 - акту про надані медичні послуги з переліком та вартістю отриманих послуг згідно преїскуранту закладу, підписом, печаткою та підписом Заявника;
 - відаткової накладної та реєстраційних документів на придбані медичні товари переліком та вартістю отриманих послуг, підписом та печаткою та підписом Заявника;

- дозвільних та реєстраційних документів медичного закладу (ліцензії/наказ про видачу ліцензії недоговірному приватному медичному закладу на медичну практику, витягу з Єдиного реєстру підприємств фізичних та юридичних осіб, витягу з реєстру платників податку, свідоцтво платника податків від суб'єкта, що перебуває на спрощеній системі оподаткування)
- 7.6. Заявник підтверджує, що, надаючи СТРАХОВИКУ копії документів за допомогою чат-боту, він повністю розуміє значення власних дій та бере на себе повну відповідальність за їх наслідки.
- 7.7. Заявник розуміє, що Страховик приймає надані за допомогою чат-боту копії документів як такі, що створюватимуть, встановлюватимуть та припинятимуть такі самі юридичні наслідки, які б виникли при складанні та поданні таких документів у паперовій формі.
- 7.8. У випадку подання за допомогою чат-боту документів, необхідних для здійснення страхового відшкодування/страхової виплати, що не відповідають вимогам цього Договору щодо форми, якості, змісту цих документів або в неповному обсязі, Страховик повідомляє Заявника (в тому числі засобами електронної пошти, телефонного зв'язку).
- 7.9. Якщо документів, зазначених в п.7.5 цього Договору, Страховику недостатньо для визначення обставин страхового випадку та здійснення страхового відшкодування/ страхової виплати, або існують сумніви щодо наданих документів, або надання документів передбачено законодавством України про фінансовий моніторинг, Страховик може вимагати надання документів щодо страхового випадку шляхом направлення повідомлення на засоби зв'язку особи, яка має право на отримання страхового відшкодування / страхової виплати. У випадку отримання вимоги Страховика подати документи поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика, Заявник зобов'язаний подати документи зазначеним способом у формі і строки, передбачені відповідним договором страхування. При цьому строк прийняття Страховиком рішення про здійснення страхового відшкодування/страхової виплати та про відмову у виплаті починає відраховуватися з дати отримання Страховиком усіх необхідних документів, які були подані поштою (рекомендованим листом) або особисто Заявником.
У передбачених законом випадках та на запит Страховика, особа, яка має право на отримання страхового відшкодування/страхової виплати, зобов'язана протягом 2 (двох) робочих днів з дня отримання запиту (якщо інший строк не зазначений у Договорі) надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг (заповнений опитувальний лист), у спосіб, а також у вигляді (оригіналів чи копій), що зазначені у запиті Страховика. У випадку порушення строку надання зазначених документів, строки виплати страхового відшкодування/ страхової виплати продовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.
- 7.10. На запит Страховика та у визначений ним термін та спосіб (поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика), Заявник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів або, в передбачених цим Договором випадках, копії документів, завірені органом, який їх видав, або нотаріально (надалі — належні копії документів). Заявник гарантує, що копії документів є такими, що виготовлені з оригіналу / належної копії документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу / належної копії документа. Якщо Страховик направив запит щодо надання оригіналів або належних копій документів, то строк для прийняття рішення про виплату / відмову у виплаті страхового відшкодування починає відраховуватися з дати отримання Страховиком запитуваних документів. У разі виявлення невідповідності копії наданого Заявником за допомогою чат-боту документа до оригіналу / належної копії документа або ненадання Заявником запитуваних документів, Страховик має право вимагати повернення виплаченого страхового відшкодування/ страхової виплати.
- 7.11. Заявник зобов'язаний дотримуватись умов Договору та слідувати інструкціям інтерфейсу чат-боту, а також інструкціям представника Страховика, наданих за допомогою чат-боту або засобами телефонного зв'язку. У випадку порушення Заявником цих інструкцій, Заява та документи будуть вважатися неподаними.
- 7.12. Заявник надає добровільну та беззаперечну згоду на здійснення Страховиком виплати страхового відшкодування/страхової виплати за повними та коректними банківськими реквізитами / IBAN, наданими Заявником за допомогою чат-боту або інших інформаційно-телекомунікаційних систем Страховика.
- 7.13. З метою забезпечення належної реалізації відносин у сфері страхування та виконання умов Договору, дотримання вимог чинного законодавства та внутрішніх процедур Страховика Заявник надає свою повну однозначну необмежену строком письмову згоду на обробку своїх персональних даних (в тому числі про стан здоров'я).
- 7.14. СТРАХОВИК має право змінити перелік документів та джерела/способи їх отримання за письмовим повідомленням про це СТРАХУВАЛЬНИКА у будь-який зручний/можливий для Страховика спосіб.
- 7.15. Розрахунок суми повернення відбувається наступним чином:
 - 7.15.1. відшкодовується 100% (застосовується ФРАНШИЗА 0%) вартості отриманих послуг згідно умов Програми страхування, в тому числі лімітів та переліку включень, якщо вони були отримані в аптеках, лікувально-профілактичних установах (ЛПУ) державної та відомчої форми власності, і незалежно від форми власності за послугами, що мають грошовий ліміт;
 - 7.15.2. відшкодовується 70% (застосовується ФРАНШИЗА 30%) від вартості при отриманні послуг у лікувально-профілактичних установах приватної форми власності, з якими у СТРАХОВИКА відсутній договір про співпрацю.
СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ за бажанням одержувача може бути виплачено готівкою - в касі СТРАХОВИКА, або шляхом безготівкового перерахування на банківський/картковий рахунок одержувача. Витрати по переказу суми СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ на банківський рахунок одержувача несе СТРАХОВИК.
- 7.16. СТРАХОВИК зобов'язаний прийняти рішення та здійснити СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ або відмовити у здійсненні останнього протягом 21 (двадцяти одного) робочого дня з дня отримання від ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ повного пакету документів. При відмові у здійсненні СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ, СТРАХОВИК надсилає письмове повідомлення ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ.
- 7.17. Днем виплати СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ вважається день списання грошових коштів з рахунку СТРАХОВИКА або день здійснення виплати із каси СТРАХОВИКА.
- 7.18. В окремих випадках, коли надані СТРАХОВИКУ документи суперечать один одному чи не дають можливості однозначно з'ясувати обставини і характер ВИПАДКУ, що має ознаки страхового, термін прийняття рішення може бути продовжено до 60 (шістдесяти) робочих днів з дня отримання всіх документів.
- 7.19. Підписавши ДОГОВІР, СТРАХУВАЛЬНИК уповноважує СТРАХОВИКА при необхідності здійснювати страхові виплати третім особам за дорученням СТРАХУВАЛЬНИКА.
- 7.20. СТРАХОВИК має право відмовити у здійсненні СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ (повністю або частково) у випадку:
 - 7.20.1. якщо витрати виникли після закінчення строку дії ДОГОВОРУ, у т.ч. дострокового, за винятком випадків, коли СТРАХОВИЙ ВИПАДОК, що потребує стаціонарного лікування, відбувся під час дії ДОГОВОРУ. У цьому випадку відповідальність СТРАХОВИКА продовжується до моменту виписки ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ зі стаціонару, але триває не більше 15 (п'ятнадцяти) днів;
 - 7.20.2. якщо ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА своєчасно не повідомила СТРАХОВИКА про настання СТРАХОВОГО ВИПАДКУ без поважних на це причин або не надала СТРАХОВИКУ необхідну достовірну інформацію щодо обставин СТРАХОВОГО ВИПАДКУ;
 - 7.20.3. обслуговування сторонньої особи за документами ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ;
 - 7.20.4. невиконання СТРАХУВАЛЬНИКОМ/ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ обов'язків, передбачених ДОГОВОРОМ;
 - 7.20.5. передбаченому п.4.1 розділу 4 цього Додатку №1;
 - 7.20.6. якщо ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА не надала СТРАХОВИКУ або представникові останнього вільний доступ до інформації, що пов'язана зі СТРАХОВИМ ВИПАДКОМ або подією, яка має ознаки СТРАХОВОГО ВИПАДКУ;
 - 7.20.7. у разі невиконання п.5.2. розділу 5 цього Додатку №1.

8. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

- 8.1. Дія ДОГОВОРУ припиняється у разі:
 - 8.1.1. закінчення строку дії ДОГОВОРУ;
 - 8.1.2. виконання СТРАХОВИКОМ договірних обов'язків у повному обсязі;
 - 8.1.3. ліквідації СТРАХОВИКА у порядку, встановленому законодавством України;
 - 8.1.4. Ліквідації/виключення з державного реєстру СТРАХУВАЛЬНИКА – юридичної особи або смерті СТРАХУВАЛЬНИКА - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом, та, якщо ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ не прийняли на себе виконання обов'язків СТРАХУВАЛЬНИКА в повному обсязі;
 - 8.1.5. порушення СТРАХУВАЛЬНИКОМ умов ДОГОВОРУ та надсилання засобами корпоративної електронної пошти повідомлення про таке порушення та припинення дії ДОГОВОРУ;
 - 8.1.6. Набрання законної сили судовим рішенням про визнання ДОГОВОРУ недійсним;
 - 8.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України;
 - 8.1.8. якщо з'ясується, що СТРАХУВАЛЬНИК/ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА повідомив СТРАХОВИКУ свідомо неправдиві відомості про обставини, наявність яких, відповідно до ПРАВИЛ, ДОГОВОРУ, зробило б неможливим укладання ДОГОВОРУ або призвело до укладання ДОГОВОРУ на інших умовах. СТРАХОВИК має право визнати ДОГОВІР недійсним взагалі або відносно конкретної ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ та вимагати дострокового припинення дії ДОГОВОРУ. СТОРОНИ також можуть домовитись про перерахунок СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, при цьому СТРАХУВАЛЬНИК зобов'язаний сплатити СТРАХОВИКУ різницю СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ;
 - 8.1.9. вимоги СТРАХУВАЛЬНИКА, при цьому дія ДОГОВОРУ може бути припинена по відношенню до деяких ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ. Дія ДОГОВОРУ по відношенню до останніх припиняється з дати наступного дня, що йде за днем подачі відповідної заяви СТРАХОВИКУ;
- 8.2. Дія ДОГОВОРУ може бути достроково припинена за вимогою СТРАХУВАЛЬНИКА або СТРАХОВИКА. Про намір дострокового припинення ДОГОВОРУ СТОРОНИ зобов'язані повідомити одна одну не пізніше, ніж за 5 (п'ять) календарних днів до бажаної дати припинення Договору.
- 8.3. За вимогою СТРАХУВАЛЬНИКА, у випадку дострокового припинення дії ДОГОВОРУ, в цілому, та, або по відношенню до деяких ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ:
 - 8.3.1. СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ фактично сплачену СТРАХОВУ ПРЕМІЮ за період, що залишився до закінчення дії ДОГОВОРУ, за вирахуванням нормативних витрат 25% (двадцять п'ять відсотків) на ведення справи від страхової премії за невикористаний період, а також фактичних СТРАХОВИХ ВИПЛАТ та СТРАХОВИХ ВІДШКОДУВАНЬ, що були здійснені протягом дії ДОГОВОРУ.
У випадку, якщо кошти, які СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ згідно із пунктом 8.3.1., за рішенням Страховальника, зараховуються як сплата премії за інших застрахованих осіб договору страхування Страховальника, СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ фактично сплачену СТРАХОВУ ПРЕМІЮ за період, що залишився до закінчення дії ДОГОВОРУ, за вирахуванням фактичних СТРАХОВИХ ВИПЛАТ та СТРАХОВИХ ВІДШКОДУВАНЬ, що були здійснені протягом дії ДОГОВОРУ, при цьому Страховик не вираховує витрати на ведення справи при перерахунку страхових платежів, тобто нормативні витрати =0,00%. Повернення СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до СТРАХОВИКА кінцевих рахунків від медичних та інших установ, в яких відбувалося обслуговування ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ, але не раніше ніж 40 (сорок) днів з дати повідомлення про припинення дії ДОГОВОРУ по відношенню до певних ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ;
 - 8.3.2. якщо вимога СТРАХУВАЛЬНИКА обумовлена порушенням СТРАХОВИКОМ положень ПРАВИЛ, ДОГОВОРУ, то СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ сплачену СТРАХОВУ ПРЕМІЮ повністю, протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту одержання від СТРАХУВАЛЬНИКА заяви про повернення СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ. В цьому випадку вимога СТРАХУВАЛЬНИКА повинна бути письмово обґрунтована.
- 8.4. У випадку дострокового припинення ДОГОВОРУ за вимогою СТРАХОВИКА, крім п. 8.4.1., СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ сплачену СТРАХОВУ ПРЕМІЮ повністю.
 - 8.4.1. Якщо вимога СТРАХОВИКА обумовлена невиконанням СТРАХУВАЛЬНИКОМ умов ДОГОВОРУ, ПРАВИЛ, то СТРАХОВИК повертає СТРАХУВАЛЬНИКУ фактично сплачену СТРАХОВУ ПРЕМІЮ за період, що залишився до закінчення строку дії ДОГОВОРУ, з вирахуванням нормативних витрат 25% (двадцять п'ять відсотків) на ведення справи від страхової премії за невикористаний період, а також фактичних виплат СТРАХОВИХ СУМ, що були здійснені за ДОГОВОРОМ.
- 8.5. За згодою СТОРІН, при поверненні СТРАХОВИХ ПРЕМІЙ може бути зроблений взаємозалік, що передбачає зменшення чергової частини сплати СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ на суму повернення.
- 8.6. Зміни в ДОГОВІР можуть бути внесені тільки за взаємною згодою СТОРІН у письмовій формі, шляхом підписання додаткової угоди.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. СТРАХОВИК має право:

- 9.1.1. перевіряти інформацію, надану СТРАХУВАЛЬНИКОМ/ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ, а також вимагати дотримання ними УМОВ СТРАХУВАННЯ та умов ДОГОВОРУ, ПРАВИЛ;
- 9.1.2. достроково припинити дію ДОГОВОРУ;
- 9.1.3. застосувати до ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ оцінку ризику та формування ПРОГРАМИ, або відмовити у включенні останніх до ДОГОВОРУ, або змінити ПРОГРАМУ СТРАХУВАННЯ на основі даних попереднього періоду страхування;
- 9.1.4. до укладання ДОГОВОРУ, або після його поновлення, запропонувати ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ пройти анкетування або медичне обстеження, для встановлення індивідуальної ПРОГРАМИ або відмовити у укладанні ДОГОВОРУ на її користь;
- 9.1.5. встановлювати розмір СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ відповідно до тарифів, зазначених у ПРАВИЛАХ, та андерайтерських коефіцієнтів розрахунків, з урахуванням обставин, що мають істотне значення для оцінки ризику;
- 9.1.6. перенести дату СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ, відповідно до п. 7.18.;
- 9.1.7. в будь-який час направляти свого представника до ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, що перебуває в умовах стаціонару медичної установи;
- 9.1.8. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених п. 7.20.;
- 9.1.9. вимагати повернення СТРАХУВАЛЬНИКОМ/ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ безпідставно отриманого СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ;
- 9.1.10. СТРАХОВИК має право відмовити ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ в подальшому обслуговуванні та в односторонньому порядку розірвати з нею ДОГОВІР, у випадку порушення ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ медичних призначень, лікувально-організаційного режиму, морально-етичних норм поведінки з персоналом ЛПУ та СТРАХОВИКА;
- 9.1.11. змінювати ФОРМУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ за письмовою згодою СТОРІН ДОГОВОРУ;
- 9.1.12. користуватися іншими правами, передбаченими ДОГОВОРОМ, ПРАВИЛАМИ та законодавством України;
- 9.1.13. вносити зміни в період дії ДОГОВОРУ до МЕДИЧНОЇ БАЗИ;
- 9.1.14. при збільшенні середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше, ніж на 20% за один долар США, відносно курсу гривні на дату початку дії ДОГОВОРУ згідно даних офіційного інтернет-представництва Національного Банку України, - перерахувати СТРАХОВІ ПРЕМІЇ для всіх класів обслуговування наступним чином: сума доплати СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ на 1 ЗАСТРАХОВАНУ ОСОБУ розраховується за формулою:
СТРАХОВА ПРЕМІЯ/(дата завершення дії ДОГОВОРУ - дата початку дії ДОГОВОРУ)*(дата завершення дії ДОГОВОРУ – дата перерахунку +1)*((курс гривні на дату перерахунку)/(курс гривні на дату початку дії договору або попереднього перерахунку, якщо такий мав місце)-1)*0,53, де

дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більш, ніж на 20% за один долар США, відносно курсу гривні на дату початку дії договору, або відносно курсу гривні на попередню дату перерахунку, якщо такий перерахунок вже було здійснено.
СТРАХОВИК здійснює необхідні розрахунки та направляє СТРАХУВАЛЬНИКУ рахунок.

9.2. СТРАХОВИК зобов'язаний:

- 9.2.1. ознайомити СТРАХУВАЛЬНИКА з умовами ДОГОВОРУ та ПРАВИЛАМИ;
- 9.2.2. при настанні СТРАХОВОГО ВИПАДКУ здійснити СТРАХОВУ ВИПЛАТУ/СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ у строк, передбачений УМОВАМИ СТРАХУВАННЯ;
- 9.2.3. вчасно направляти СТРАХУВАЛЬНИКУ рахунки на оплату СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ;
- 9.2.4. у випадку зміни своїх адрес, телефонів, факсів чи банківських реквізитів тощо, сповістити про це СТРАХУВАЛЬНИКА в триденний термін;
- 9.2.5. виконувати інші обов'язки, передбачені ДОГОВОРОМ, ПРАВИЛАМИ та законодавством України.

9.3. СТРАХУВАЛЬНИК має право:

- 9.3.1. вимагати дотримання СТРАХОВИКОМ умов ДОГОВОРУ, ПРАВИЛ;
- 9.3.2. ініціювати внесення змін до ДОГОВОРУ, за попередньою згодою СТРАХОВИКА;
- 9.3.3. достроково припинити дію ДОГОВОРУ;
- 9.3.4. збільшити кількість ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ або припинити дію ДОГОВОРУ щодо деяких ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ, письмово сповістивши про це СТРАХОВИКА;
- 9.3.4.1. ЗАСТРАХОВАНІ ОСОБИ мають право укласти страхові сертифікати на користь третіх осіб (родичів застрахованої особи) на умовах даного ДОГОВОРУ, письмово сповістивши про це СТРАХОВИКА та СТРАХУВАЛЬНИКА;
- 9.3.5. одержувати будь-які роз'яснення за ДОГОВОРОМ.

9.4. СТРАХУВАЛЬНИК зобов'язаний:

- 9.4.1. при укладанні ДОГОВОРУ надати СТРАХОВИКУ інформацію про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі надавати інформацію про осіб, які мають встановлену групу інвалідності. При укладанні ДОГОВОРУ на користь осіб, вік яких перевищує 60 (шістдесят) років, а також осіб, що мають встановлену групу інвалідності, надати СТРАХОВИКУ «АНКЕТИ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я» (надалі АНКЕТА) ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ. АНКЕТИ, складені у форматі СТРАХОВИКА, заповнюються особою, по відношенню до якої укладається ДОГОВІР, та подаються разом із заявою на страхування;
- 9.4.2. за 10 (десять) днів до початку строку дії ДОГОВОРУ, направити СТРАХОВИКУ СПИСКИ ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ за формою СТРАХОВИКА;
- 9.4.2.1. СТРАХУВАЛЬНИК несе повну відповідальність перед СТРАХОВИКОМ та ЗАСТРАХОВАНИМИ ОСОБАМИ за несвоєчасно передану інформацію будь-якого змісту та за помилки, допущені при складанні СПИСКІВ;
- 9.4.3. роз'яснювати ЗАСТРАХОВАНИМ ОСОБАМ їх права та обов'язки, які передбачені ДОГОВОРОМ, ПРАВИЛАМИ;
- 9.4.4. дотримуватись умов ДОГОВОРУ шляхом виконання інших обов'язків, які передбачені ПРАВИЛАМИ та ДОГОВОРОМ, а також законодавством України;
- 9.4.5. повідомити СТРАХОВИКА не пізніше 3 (трьох) днів, починаючи з початку строку дії ДОГОВОРУ, про інші діючі договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я);
- 9.4.6. у випадку зміни своїх адрес, телефонів, факсів чи банківських реквізитів тощо, сповістити про це СТРАХОВИКА в триденний термін;
- 9.4.7. сплачувати СТРАХОВУ ПРЕМІЮ у встановлений ДОГОВОРОМ строк;
- 9.4.8. у випадку зміни впродовж строку дії Договору медико-соціального статусу ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, сповістити про це СТРАХОВИКА в тридцятиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності;
- 9.4.9. у випадку застосування Страховиком положень п.9.1.14, підтвердити оплату протягом 5 банківських днів після виставлення СТРАХОВИКОМ рахунку та здійснити таку доплату протягом наступних 10 банківських днів. При відмові СТРАХУВАЛЬНИКА сплатити доплату, Сторони надають свою згоду без укладання додаткової угоди прийняти до належного виконання положення ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ (якщо дана програма була визначена Договором):
 - 1) програма А та D – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:
 $0,3k/(1+0,3k)$
 - 2) програма В та Е – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:
 $0,3k/(1+0,3k)$
 - 3) витрати на лікарські засоби при програмі А та D – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:
 $0,85k/(1+0,85k)$,
 - 4) програма А* – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:
 $0,8k/(1+0,8k)$,де k = (курс гривні на дату перерахунку/курс гривні на дату початку дії договору або попереднього перерахунку, якщо такий мав місце)-1,
дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше, ніж на 20% за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії договору, або відносно курсу гривні на попередню дату перерахунку, якщо такий вже було здійснено.
При умові, якщо в ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ вже є безумовні франшизи по програмах та опціях, що вказані в 1)-4), франшизи розраховуються за формулою:
 $1-1/((1+a)*(1+b))$
де a – безумовна франшиза згідно 1)-4),
b – безумовна франшиза, що діє згідно умов даного Договору.

10. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

- 10.1. За невиконання або неналежне виконання взятих на себе зобов'язань за цим ДОГОВОРОМ, СТОРОНИ несуть відповідальність відповідно до діючого законодавства України.
- 10.2. Відповідальність СТРАХОВИКА:**
 - 10.2.1. СТРАХОВИК несе відповідальність за несвоєчасне здійснення СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ шляхом оплати СТРАХУВАЛЬНИКУ пені в розмірі подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочення платежу, але не більше 10% (десяти відсотків) розміру простроченої виплати;
 - 10.2.2. у випадку, якщо прострочення з оплати СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ відбулося з вини СТРАХОВИКА (несвоєчасно виставлений рахунок), СТРАХОВА ПРЕМІЯ вважається оплаченою вчасно, а до СТРАХУВАЛЬНИКА не застосовуються положення п. 10.3.1.;
- 10.3. Відповідальність СТРАХУВАЛЬНИКА:**
 - 10.3.1. за несвоєчасне перерахування СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, у т. ч. чергових платежів та платежів за додатковими угодами до ДОГОВОРУ, СТРАХУВАЛЬНИК сплачує СТРАХОВИКУ пеню в розмірі подвійної облікової ставки НБУ за кожний день прострочення платежу, але не більше 10% (десяти відсотків) розміру простроченого платежу. Сплата пені не звільняє СТРАХУВАЛЬНИКА від сплати СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ;

11. ФОРС-МАЖОР

- 11.1. СТОРОНИ звільняються повністю або частково від відповідальності за невиконання своїх зобов'язань за ДОГОВОРОМ, якщо їх невиконання є наслідком дії форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини (наприклад, стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (цивільні хвилювання, страйки, воєнні дії тощо)).
- 11.2. СТОРОНА, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно сповістити іншу СТОРОНУ про настання та припинення дії такої обставини.
- 11.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується компетентними органами державної влади та іншими структурами, що мають відповідні повноваження.

12. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

- 12.1. СТОРОНИ вважають конфіденційною інформацію про:
- діяльність СТОРИН та фінансові умови ДОГОВОРУ;
 - захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ.
- 12.2. СТОРОНИ приймуть всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків, передбачених законодавством України).
- 12.3. СТРАХУВАЛЬНИК підписанням цього ДОГОВОРУ та УМОВ СТРАХУВАННЯ звільняє ЛПУ від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ перед СТРАХОВИКОМ.
- 12.4. СТРАХУВАЛЬНИК підписанням цього ДОГОВОРУ надає дозвіл СТРАХОВИКУ ознайомлювати із умовами даного ДОГОВОРУ осіб, відносно яких ЗАСТРАХОВАНИ ОСОБИ укладають страхові сертифікати.

13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 13.1. ЗАСТРАХОВАНИ ОСОБИ мають право користуватися медичними послугами, які передбачені ПРОГРАМОЮ СТРАХУВАННЯ, з першого дня дії ДОГОВОРУ.

СТРАХОВИК:

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»

Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33.

Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

ІВАН 833052990000026508045000690 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

**Начальник департаменту продажів особистих видів страхування
АТ «СК «ІНГО»**

Зварич М.А.

Документ підписано у сервісі Вчасно (продовження)
Умови АСКАНІЯ ГРУП (Додаток №1 до Договору).pdf

Документ відправлено: 10:58 30.04.2024

Власник документу

Електронний підпис

10:58 30.04.2024

ЄДРПОУ/ІПН: 16285602

Юр. назва: АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ІНГО"

Власник ключа: Зварич Марина Анатоліївна

Час перевірки КЕП/ЕЦП: 10:58 30.04.2024

Статус перевірки сертифікату: Сертифікат діє

Серійний номер: 3FAA9288358EC00304000000D822280095CBVB00

Тип підпису: удосконалений