

# УМОВИ ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я) «АРХІТЕКТОР ЗДОРОВ'Я»

ці умови діють з «28» листопада 2023р.

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** Відповідно до договору Страховик надає страховий захист Застрахованим особам у випадках, передбачених цими Умовами страхування та Програмою страхування, в межах страхової суми, зазначеної у договорі страхування.

Страховик забезпечує організацію надання медичних послуг Застрахованим особам відповідною Спеціалізованою службою Страховика, а також оплату вищевказаних послуг.

**1.2.** По всіх питаннях, неврегульованих договором, Страховик та Страхувальник керуються положеннями Правил, чинним законодавством України. У випадку виникнення протиріч між положеннями Правил і положеннями договору пріоритетну силу мають положення договору та додатків до нього.

У договорі страхування та Додатках до нього використовуються такі терміни:

**1.2.1. Провідний спеціаліст** - лікарі, які мають наукові ступені чи керівні посади (кандидати медичних наук, доктори медичних наук, професори, завідувачі відділеннями, головні лікарі, провідні фахівці та інші). Відповідний статус фахівця визначається згідно зі штатним розписом конкретного ЛПУ.

**1.2.2. Безумовна франшиза** – передбачена ДОГОВОРОМ частина збитків, що не відшкодовується СТРАХОВИКОМ при настанні страхового випадку. Франшиза може бути по конкретному ЛПУ, оздоровчому закладу або програмі.

**1.2.3. Вперше виявлене захворювання** – захворювання, що було вперше діагностовано у Застрахованої особи протягом дії договору.

**1.2.4. 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.

**1.2.5. 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 загрожувати її життю.

**1.2.6. 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 артеріальний тиск 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.

**1.2.7. Гостра травма** — одномоментна дія різних зовнішніх факторів (механічних, термічних, хімічних, радіаційних та інших.) на організм людини, що призводить до порушення структури, цілісності тканин та виконуваних ними функцій.

**1.2.8. 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 загрожувати її життю та вимагає медичної допомоги.

**1.2.9. 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.

**1.2.10. 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.

**1.2.11. Травма** - порушення цілісності тканин та органів внаслідок впливу факторів зовнішнього середовища.

**1.2.12. Допомога** – організація та оплата медичних послуг в обсязі, передбаченому програмою.

**1.2.13. Застрахована особа** – фізична особа віком до 65 років, що на момент укладання договору:

- не має встановлену інвалідність 1, 2 групи,
  - не має жодного із перелічених встановлених діагнозів: токсичний гепатит, хронічний гепатит В, С, D, E, F, цироз печінки, хронічна ниркова недостатність, інсульт, злоякісні новоутворення,
- на користь якої укладено Договір і яка може набувати права та обов'язки відповідно до умов договору. Особи віком до 16 років (включно) вважаються дітьми, віком від 17 років вважаються дорослими.

**1.2.14. Картка Застрахованої особи** - іменна пластикова картка, яка інформує Застраховану особу про укладання щодо неї договору страхування та суттєві умови страхування та видається Страховиком Страхувальнику/Застрахованій особі після укладання договору страхування.

**1.2.15. Клас обслуговування** - умовна назва обраної Страхувальником програми страхування, що характеризується певною ціновою політикою лікувально-профілактичних установ (ЛПУ), куди Застрахована особа може звернутись за допомогою.

**1.2.16. 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.

**1.2.17. Медична база** – перелік лікувально-профілактичних установ (далі – ЛПУ), що мають зі Страховиком договірні відносини на момент укладання та в період дії договору, послуги яких надаються на умовах Програми страхування. Медична база наведена на офіційному сайті Страховика за посиланням <https://ingo.ua/medichne-strahuvannya> та постійно оновлюється Страховиком залежно від цінової та сервісної політики медичних закладів. При визначенні ЛПУ, що надаватиме Застрахованому медичну допомогу на умовах Програми страхування, Страховик керується списком ЛПУ з медичної бази за вказаним вище посиланням на дату настання страхового випадку.

**1.2.18. Месенджер** — система онлайн обміну текстовими повідомленнями та передачі файлової інформації з шифруванням даних.

**1.2.19. 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 події, 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.

**1.2.20. Опція** – допоміжний інструмент, призначений для модифікації (розширення) основної програми.

**1.2.21. Програма страхування** - перелік (сукупність) ризиків, на випадок настання яких проводиться страхування та умови надання послуг за якими характеризуються переліком та ціновою політикою лікувально-профілактичних установ (далі - ЛПУ), до яких Застрахована особа може звернутись за допомогою. Діє у відповідності до Класу обслуговування.

**1.2.22. Прейскурант ЛПУ** – перелік послуг, які надає ЛПУ, з чітко визначеною вартістю кожної послуги. Під рівнем цін розуміється грошова сума за кожну позицію згідно з прейскурантом розрахункової ЛПУ, яка враховує наявні знижки, що надаються Страховику на індивідуальних умовах.

**1.2.23. 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).

**1.2.24. Спеціалізована служба Страховика** – Управління організації медичного сервісу Компанії, функції якого полягають в організації необхідної медичної послуги для Застрахованої особи з оплатою наданих медичних послуг Страховиком безпосередньо ЛПУ, аптеці, оздоровчому закладу. При цьому організація таких послуг можлива виходячи з можливостей медичної бази та адміністративно-юридичних обмежень у кожному конкретному випадку.

**1.2.25. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування здійснює виплату при настанні страхового випадку. Договір страхування вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту виплати страхового відшкодування в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми за договором або за окремим випадком, групі випадків, якщо договором страхування вона була встановлена.

**1.2.26. Страхова премія (страховий платіж)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику до початку дії договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

**1.2.27. Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за строк дії договору з урахуванням віку Застрахованої особи та умов Програми страхування.

**1.2.28. Страхові ризики** – певні події, на випадок настання яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання.

До страхових ризиків за договором страхування можуть бути включені повністю чи частково ризики, перелік яких формує Програму страхування:

- ризик, пов'язаний з витратами на швидку та невідкладну допомогу;
- ризик, пов'язаний з витратами на амбулаторно-поліклінічну допомогу;

- ризик, пов'язаний з витратами на медичні препарати та засоби медичного призначення, необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- ризик, пов'язаний з витратами на стаціонарну допомогу (екстрену та планову);
- ризик, пов'язаний з витратами на планову та екстрену стоматологічну допомогу;
- ризик, пов'язаний з витратами на реабілітаційно-відновлювальне лікування.

**1.2.29. 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.

**1.2.30. Строк дії Договору** – це період часу, в якому Страховик має обов'язок перед Страхувальником щодо виконання взятих на себе за договором зобов'язань.

**1.2.31. Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору при настанні страхового випадку.

**1.2.32. Страхове відшкодування самостійно витрачених коштів** – форма здійснення страхової виплати безпосередньо ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБИ.

**1.2.33. Територія страхування** – є територія України, за виключенням територій активних бойових дій, тимчасово окупованих територій, для яких на дату настання страхового випадку не встановлено дату завершення бойових дій або тимчасової окупації, згідно з переліком, встановленим наказом Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 06 грудня 2022 року №1364 «Деякі питання формування переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією», а також населених пунктів, на територіях яких органи державної влади не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження, або розташовані на лінії розмежування згідно з переліком, встановленим Розпорядженням Кабінету Міністрів України №1085-р від 07.11.2014р. «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та переліку населених пунктів, що розташовані на лінії розмежування».

**1.2.34. Терористичні акти** - 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.

**1.2.35. 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.

## 2. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

**2.1. С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)** - передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при гострих станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

**2.2. А (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих)/ D (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дітей)** - передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при зверненні в поліклініку з приводу виникнення потреби у медичній допомозі відповідно до переліку випадків за обраною програмою страхування.

**2.3. М (витрати на медичні препарати та засоби медичного призначення, необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах)** - передбачає оплату та забезпечення лікарськими засобами через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик.

**2.4. В\_екстрена (витрати на екстрену стаціонарну допомогу дорослим)** - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в екстреному порядку в умовах стаціонару за умов наявності симптомів, які свідчать про наявність загрози її життю або можуть призвести до інвалідності, якщо не буде надана медична допомога в умовах стаціонару найближчим часом.

Госпіталізація за даним випадком передбачена в палати стандартного типу чи підвищеного комфорту на 1-3 особи залежно від наявності даних палат у конкретній медичній установі або відділенні на час госпіталізації. Категорія клініки обирається на умовах, передбачених Програмою страхування.

При здійсненні невідкладної госпіталізації Застрахована особа направляється у стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю, тобто умови перебування у стаціонарі можуть не співпадати зі стандартами обслуговування, передбаченими Програмою страхування.

**2.5. В\_планова (витрати на планову стаціонарну допомогу дорослим)** - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару за направленням лікаря поліклініки з попереднім узгодженням із Страховиком. Планова госпіталізація здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника/Застрахованої особи відповідної інформації чи надходження заяви. Госпіталізація за даним випадком передбачена в палати підвищеного комфорту на 1-3 особи залежно від наявності даних палат у конкретній медичній установі або відділенні. Категорія ЛПУ визначається згідно з Програмою страхування.

**2.6. Е (витрати на стаціонарну допомогу для дітей)** - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в екстреному порядку в умовах стаціонару за умов наявності симптомів, які свідчать про наявність загрози її життю або можуть призвести до інвалідності, якщо не буде надана медична допомога в умовах стаціонару найближчим часом, та за направленням лікаря поліклініки з попереднім узгодженням із Страховиком.

Госпіталізація за даним ризиком передбачає в палати стандартного типу чи підвищеного комфорту на 1-3 особи залежно від наявності таких палат в конкретній медичній установі або відділенні на час госпіталізації. При здійсненні невідкладної госпіталізації Застрахована особа направляється в стаціонар, який має можливість надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю, тобто умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати зі стандартами обслуговування, передбаченими класом обслуговування за Програмою страхування. Планова госпіталізація здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Застрахованої особи відповідної інформації чи надходження заяви. Госпіталізація за даним ризиком передбачена в палати підвищеного комфорту на 1-3 особи залежно від наявності даних палат в конкретній медичній установі або відділенні.

**2.7. А\* (витрати на планову та екстрену стоматологічну допомогу)** – передбачає організацію та оплату медичних послуг Застрахованій особі, направлених на лікування захворювань зубів та ясен, у тому числі в межах 24-х годин з моменту появи невідкладного стану (екстрена стоматологічна допомога).

### **3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ**

#### **3.1. Загальні виключення зі страхових випадків:**

3.1.1. Випадки, що виникли поза межами території та/або поза строком дії Договору;

3.1.2. випадок, що став наслідком навмисного заподіяння шкоди, тілесних ушкоджень власному здоров'ю чи бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи;

3.1.3. захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невиправданим ризиком (безпосередня участь у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, так і цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин), а також із ризиком, невластивим щоденній життєвій та професійній діяльності, заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

3.1.4. події не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

3.1.5. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння);

3.1.6. випадки, що сталися у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, а також захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок перерахованих вище станів;

3.1.7. медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії договору. У даному випадку Страховик організовує та фінансує придбання медикаментів виключно на період, що залишився до закінчення дії договору (якщо упаковка медикаментів дозволяє це зробити);

3.1.8. Проходження профілактичних оглядів, диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи) з метою профілактики загострення хвороби; Захворювання в стадії ремісії, нестійкої ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи окрім передбачених Програмою страхування.

3.1.9. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет договору (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання договору) або про факт настання страхового випадку;

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

3.1.11. отримання послуг, лікування, медичних препаратів, що не були призначені письмово та засвідчені лікарями медичних закладів як розумні та необхідні заходи;

3.1.12. надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів поліції, носіння зброї, довідок у басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);

3.1.13. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

#### **3.2. виключення/ обмеження, які діють з моменту встановлення остаточного діагнозу (нозологічної форми, синдрому) Нозологічні форми (код за МКХ-10):**

3.2.1. Мігрень (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G43), окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;

3.2.2. вегето-судинна та нейро-циркуляторна дистонія, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:F45.3; G90.9), окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;

- 3.2.3. Системні захворювання сполучної тканини, артропатії, спондилопатії;
- 3.2.4. Аутоімунні захворювання
- 3.2.5. Ревматоїдний артрит, ювенільний ревматоїдний артрит, псоріатичний артрит, подагра, деформуючі артропатії, спондилопатії, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:M05-M12,M40-M49)
- 3.2.6. Ревматизм та хронічні ревматичні захворювання серця, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:I00-I09)
- 3.2.7. Імунодефіцити, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:D80-D89)
- 3.2.8. Кардіоміопатії, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:I42-I43)
- 3.2.9. Захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:D50-D61), (Код Нозологічної форми за МКХ-10:D63-D77)
- 3.2.10. Демієлінізуючі захворювання (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G35-G37)
- 3.2.11. Системні атрофії ЦНС, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G10-G13)
- 3.2.12. Міастенії, Код Нозологічної форми за МКХ-10:G70
- 3.2.13. Міотонії, Код Нозологічної форми за МКХ-10:G71
- 3.2.14. Аміотрофії, Код Нозологічної форми за МКХ-10:G54,5
- 3.2.15. Синдром Гієн-Барі та синдром Губера, Код Нозологічної форми за МКХ-10:G95
- 3.2.16. Захворювання та стани новонародженого, що пов'язані з пологовою травмою, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:P10-P15)
- 3.2.17. Дитячий церебральний параліч, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G80)
- 3.2.18. Розлади церебрального статусу та м'язового тону у новонароджених, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:P91,P94)
- 3.2.19. Особливо небезпечні захворювання (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), окрім діагностики та лікування захворювання або загострення хронічного внаслідок інфікування вірусом COVID-19, якщо це передбачене Програмою страхування;
- 3.2.20. Косоокість, та порушення рефракції і акомодатії, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:H49-H52)
- 3.2.21. Астенопія
- 3.2.22. Глаукома, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:H40-H42)
- 3.2.23. Синдром «сухого ока», (Код Нозологічної форми за МКХ-10:H04.1)
- 3.2.24. Хронічна ниркова недостатність, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N18)
- 3.2.25. Енцефалопатія будь-якого ґенезу, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G92, G93.4, G93.8. I 67.4)
- 3.2.26. Хронічна венозна недостатність, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:I80-I89, K64);
- 3.2.27. Варикозна хвороба крім гострих станів, які вимагають негайного оперативного втручання (гострий тромбоемболізм, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен)
- 3.2.28. Незапальні захворювання жіночих статевих органів (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N80-N98)

### **3.3. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:**

- 3.3.1. вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (генні, геномні, хромосомні);
- 3.3.2. психічні захворювання, психопатії, психологічні проблеми, психосоматика, порушення мови, розлади сну, астеничні та депресивні стани, неврози, неврастенії, порушення мови (Код Нозологічної форми за МКХ-10:F00-F99. F40-F48);
- 3.3.3. синдром Паркінсона, хвороба Паркінсона (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G20-G26);
- 3.3.4. професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженої установи;
- 3.3.5. гельмінтози та паразитарні захворювання (окрім педіатричної практики), (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B65-B83);
- 3.3.6. Інфекції, що передаються переважно статевим шляхом, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:A50-A64, V08.1)
- 3.3.7. Гарднерельоз, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B96)
- 3.3.8. вірусний імунодефіцит людини (ВІЛ), в тому числі синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та інші імунодефіцитні стани та всі асоційовані з ними захворювання (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B20-B24);
- 3.3.9. Алергічні захворювання, окрім невідкладних станів та випадків, передбачених Програмою страхування
- 3.3.10. Порушення пігментації, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:L80-L81)
- 3.3.11. Гіпергідроз, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:R61)
- 3.3.12. захворювання імунної системи;
- 3.3.13. демодекоз, короста, педикульоз, контагіозний молюск (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B85-B88.0);
- 3.3.14. безплідність (чоловіча, жіноча) (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N97, N46), клімакс (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N95.1), порушення оваріально-менструального циклу (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N91-N94), синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників, передменструальний синдром, порушення гормонального стану (гіперпролактинемія (Код Нозологічної форми за МКХ-10:E22.1), Дисфункція яєчників Гіперандрогенія, гіперестрогенемія (Код Нозологічної форми за МКХ-10:E28.0-E28.9), інші), еректильні дисфункції (Код Нозологічної форми за МКХ-10:N48.4), сексуальні дисфункції (Код Нозологічної форми за МКХ-10:F52);
- 3.3.15. епілепсія (Код Нозологічної форми за МКХ-10:G40);
- 3.3.16. променева та кесонна хвороба;
- 3.3.17. вірусні гепатити В, С, D, E (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B16-B19), мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, фіброзу, стеатоз печінки, цироз печінки (Код Нозологічної форми за МКХ-10:K76.K73.0-K74);

3.3.18. злякисні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі захворювання крові та кровотворних органів;

3.3.19. вагітність та пологи;

3.3.20. системні атрофії, що вражають переважно центральну нервову систему;

3.3.21. захворювання, пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез; порушення кальцієвого, фосфорного обміну, інші);

3.3.22. Вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта (Код Нозологічної форми за МКХ-10:H25-H28), атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:M80-M82));

3.3.23. Діагностика і лікування критичних захворювань (туберкульоз, цукровий діабет, злякисні новоутворення та інші), їх наслідки та ускладнення, якщо інше не передбачено ПРОГРАМОЮ.

3.3.24. захворювання чи стан здоров'я, що є причиною для встановлення III групи інвалідності (зазначений у відповідних документах, зокрема Акті огляду медико-соціальної експертної комісії);

3.3.25. будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії даного договору страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання Застрахованої особи.

**3.4. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг з діагностики та лікування наступних захворювань та станів з моменту встановлення остаточного діагнозу:**

3.4.1. захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою;

3.4.2. Захворювання та стани опорно-рухової системи: порушення осанки, кіфоз, сколіоз, плоскостопість, кривошия, тощо. Захворювання, пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення фосфорного, кальцієвого обміну, тощо), вітаміно та мінералодefіцитні стани та їх ускладнення.

3.4.3. Функціональні розлади органів травлення, в тому числі дискінезії жовчовивідних шляхів, функціональний закріп, диспанкреатизм; діагностика та лікування дисбіозу, дисбактеріозу.

3.4.4. кістозні утворення будь-яких органів чи локалізації;

3.4.5. ендометріоз, гіперплазія, ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія шийки матки, ектропіон;

3.4.6. мастопатія будь-якої форми;

3.4.7. захворювання щитоподібної залози;

3.4.8. захворювання суглобів кінцівок та хребта (в тому числі і їх наслідків): вікові та дегенеративно-дистрофічні захворювання, артрози, нестабільність суглобів, проведення планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст; терапевтичне лікування проводиться лише у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення, але не довше 14 днів з моменту початку лікування;

3.4.9. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, геморої, окрім станів, що ускладнились гострим тромбозом, тромбофлебітом, тромбозом/некрозом гемороїдальних вузлів та потребують негайного хірургічного втручання.

3.4.10. синдром хронічної втоми (Код Нозологічної форми за МКХ-10:R53)

3.4.11. Хвороба Крона, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:K50)

3.4.12. Неспецифічний виразковий коліт, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:K51)

3.4.13. Саркоїдоз, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:D86)

3.4.14.

**3.5. Виключення / обмеження на медичні послуги, в т.ч. методи лікування та діагностику, товари, обладнання:**

3.5.1. медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;

3.5.2. Послуги та товари, що не є частиною діагностики або лікування, згідно стандартів та протоколів МОЗ України, екстракорпоральні методи лікування (гемосорбція, плазмаферез, плазмасорбція, гемодіаліз, ультрафільтрація, тощо), озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо - судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера; гіпноз, психотерапія та склеротерапія лікування експериментальними методами, обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини.

3.5.3. витрати на планове видалення металокопункцій, встановлених не в період неперервної дії договорів страхування в АТ СК «ІНГО»;

3.5.4. застосування екстракорпоральних методів лікування:

а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація, окрім лікування станів, що загрожують життю;

б) озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо - судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інше;

3.5.5. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини, гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, діагностика по Фолію, гірудотерапія, склеротерапія, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування та інше;

3.5.6. косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в т.ч. планова септопластика та герніопластика), операції на серці та судинах, окрім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показниками або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні, операції на серці та судинах та лікування ускладнень, пов'язаних із ними, за винятком випадків,

пов'язаних із відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії договору;

3.5.7. Кріотерапія, кріомасаж; використання лазерних технологій для лікування, ударно-хвильова терапія, PRP терапія (інєкції плазми крові, збагаченої тромбоцитами).

3.5.8. лікування келоїдних рубців; зміна ваги та/або лікування ожиріння, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;

3.5.9. Витрати на дерматокосметологічні процедури: видалення бородавок, папілом, ліпом, атером та інших новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, якщо інше не передбачено ПРОГРАМОЮ.

3.5.10. трансплантація органів та тканин (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), будь-яке протезування, ендопротезування;

Трансплантація органів та тканин (окрім лікування опіків), протезування, ендопротезування.

3.5.11. планові операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), оперативні втручання на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);

3.5.12. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, генетика, консультації іменних спеціалістів, консультація репродуктолога, репродуктивні технології, послуги з планування вагітності;

3.5.13. нанесення напилення, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, герметизація фісур, покриття профілактичними засобами емалі зубів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;

3.5.14. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;

3.5.15. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;

3.5.16. шинування зубного ряду;

3.5.17. альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;

3.5.18. будь-які планові медичні послуги та медикаментозне забезпечення, якщо лікування було заплановане та рекомендоване до початку дії договору страхування;

3.5.19. відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату, реабілітаційне лікування, окрім кінезіотерапії (ЛФК) в межах витрат на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих;

3.5.20. лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 14 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні та інші препарати), застосування препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг гормону (золадекс, диферелін тощо);

3.5.21. оперативні втручання не за медичними показаннями;

3.5.22. діагностика алергії, в тому числі проведення алергопроб;

3.5.23. послуги, які не передбачені Програмою страхування або не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі;

3.5.24. послуги, які були отримані без погодження із Спеціалізованою службою Страховика в медичних закладах, з якими Страховик не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;

3.5.25. проба Манту (туберкулінодіагностика);

3.5.26. генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;

3.5.27. Медичні лікувальні та діагностичні прилади, засоби медичного призначення, виробі медичного призначення (медичні виробі): медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, у тому числі призначені з метою заміни та/або коригування функцій уражених органів, інструменти, артроскопічні набори, стенти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, електроди, ріжучі петлі, імпланти, набори для металоостеосинтезу, гормональні внутрішньоматкові системи типу «Мірена», тощо, окрім контактних лінз у межах витрат на опцію «офтальмологія» та пролінової сітки для ургентної герніопластики та медичних виробів, передбачених програмою страхування;

3.5.28. штучне запліднення, стерилізація, контрацепція, проведення тестів на вагітність, проведення абортів, придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);

3.5.29. Гомеопатичні препарати;

3.5.30. Гормональні контрацептиви для системного застосування (G03)

3.5.31. медичні препарати та засоби, що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (харчові домішки та біологічно активні добавки), гігієнічні, косметичні засоби, аптечні експрес тести. Лікарські засоби, призначені з профілактичною метою, в т.ч. пробіотики, пребіотики, еубіотики, протигрибкові препарати, гепатопротектори, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, бактеріофаги, вакцинація (терапевтична та профілактична, окрім антирабійної та вакцинації проти правцю), тощо.

3.5.32. засоби особистої гігієни, косметичні засоби (креми, лосьйони тощо).

**3.6. Якщо інше не передбачено Програмою страхування, Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:**

3.6.1. класичні венеричні захворювання згідно з класифікацією ВООЗ;

3.6.2. інфекції, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірус, гарднерельоз, лептотрікс та інші;

- 3.6.3. TORCH-інфекції в т.ч. хронічні (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу) та інфекція Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітрянна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз);
- 3.6.4. запальні захворювання сечостатевого органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в пп.3.5.2. та пп.3.5.3., до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
- 3.6.5. захворювання шкіри та придатків шкіри (Код Нозологічної форми за МКХ-10:L60-L75), вугрова хвороба та вугровий висип, демодекоз, мікози (Код Нозологічної форми за МКХ-10:B35-B49), оніхомікози, псоріаз (Код Нозологічної форми за МКХ-10:L40) екземи та дерматити (Код Нозологічної форми за МКХ-10:L20-L30), себорея будь-якого типу, ламкість та випадіння волосся, алопеція, вітиліго, розацеа, оніходистрофія), порушення потовиділення;
- 3.6.6. Алергічні захворювання, окрім невідкладних станів та випадків, передбачених Програмою страхування
- 3.6.7. Порушення пігментації, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:L80-L81)
- 3.6.8. Гіпергідроз, (Код Нозологічної форми за МКХ-10:R61)
- 3.6.9.
- 3.6.10. доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, включаючи доброякісні новоутворення шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ураження або запалення шкіри або підшкірної клітковини);
- 3.6.11. хронічні хвороби в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 3.6.12. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
- 3.6.13. короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), астигматизм, катаракта, глаукома, астенопія, косоокість, «комп'ютерний зоровий синдром», синдром «сухого ока», інші порушення функції зору, кератоконус, халязіон (окрім випадків запалення);
- 3.6.14. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;
- 3.6.15. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах, але не більше двох загострень одного захворювання впродовж строку дії договору;
- 3.6.16. витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 3.6.17. витрати на лікарські засоби, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних умовах:
- 3.6.18. хондроїтин сульфат (M01A X25);
- 3.6.19. глюкозамін і хондроїтин сульфат (M01A X55\*\*);
- 3.6.20. інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату (M09);
- 3.6.21. бісфосфонати (M05B A);
- 3.6.22. інгібітори фактору некрозу пухлин альфа (L04AB);
- 3.6.23. антинеопластичні засоби (L01);
- 3.6.24. гіполіпідемічні засоби (C10);
- 3.6.25. інші психостимулюючі і ноотропні засоби (N06B X);
- 3.6.26. інші засоби, що застосовуються при деменції ( N06D X);
- 3.6.27. антитромботичні засоби (B01);
- 3.6.28. аналоги гонадотропін-релізінг гормону (L02A E);
- 3.6.29. імуностимулятори (L03);
- 3.6.30. засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів (G04B C);
- 3.6.31. кислота урсодезоксихолева (A05A A02);
- 3.6.32. антигомотоксична терапія;
- 3.6.33. витрати на лікарські засоби у складі схеми лікування, що необхідні для профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі, в т.ч. пробіотики, пребіотики, еубіотики, протигрибкові препарати, гепатопротектори, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, бактеріофаги;
- 3.6.34. витрати на лікарські засоби для лікування дерматитів строком більше, як 30 днів, але не більше двох випадків лікування впродовж строку дії договору;
- 3.6.35. специфічна імунотерапія алергічних захворювань;
- 3.6.36. витрати на дерматокосметологічні процедури: видалення бородавок, папілом, ліпом, атером та інших новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, корекція рубців, лікування вугрового висипу з медикаментозним забезпеченням та фізіопроцедурами;
- 3.6.37. захворювання або загострення хронічного захворювання внаслідок інфікування вірусом COVID-19 в амбулаторних чи стаціонарних умовах.

### **3.7. Інші стани та обмеження, щодо яких Страховик не здійснює організацію та оплату послуг:**

- 3.7.1. транспортування в ЛПУ при організації медичної допомоги в плановому порядку та стоматологічній допомозі;
- 3.7.2. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах та інших подібних закладах;



- 3.7.3. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом за виключенням важких випадків у пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом;
- 3.7.4. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
- 3.7.5. оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару;
- 3.7.6. організація та оплата індивідуального сестринського поста;
- 3.7.7. повторні медичні обстеження, в т.ч. альтернативні консультації Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);
- 3.7.8. вагітність в результаті екстракорпорального запліднення;
- 3.7.9. Відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату; реабілітаційне лікування.
- 3.7.10. Консультації лікарів поза робочим графіком. Оплата медичних послуг, лікувальних маніпуляцій, введення медикаментів, які входять до списку виключень.
- 3.7.11. використання Картки Застрахованої особи (індивідуальної пластикової картки) особою, яка не є власником індивідуальної пластикової картки, з метою отримання медичних послуг;
- 3.7.12. недотримання Застрахованою особою порядку дій при настанні страхового випадку, передбаченого п.6. Умов страхування та режиму ЛПУ, призначеного лікування без поважних на це причин;
- 3.7.13. надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відшкодування вартості послуг та витрат на благодійну допомогу або в якості благодійного внеску.

#### **4. УМОВИ НАБРАННЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**4.1.** Договір набуває чинності з 00.00 год. дня, наступного за днем надходження страхової премії (першої її частини) на рахунок Страховика, але не раніше дати початку строку дії, зазначеної договором.

**4.2.** У випадку, якщо одна із частин страхової премії, яка зазначена у графіку платежів, не сплачена в зазначений термін у повному обсязі, договір призупиняє свою дію з 00.00 годин дати, наступної за датою сплати чергової частини страхового платежу, зазначеної договором за графіком до дати погашення заборгованості.

При цьому період, за який не був своєчасно сплачений страховий платіж, зараховується в загальний термін дії Договору страхування.

У період зупинення дії договору страхування організація надання медичної допомоги Застрахованій особі за подіями, що сталися в цей період, не проводиться до погашення заборгованості Страхувальником.

**4.3.** Протягом 10 (десяти) календарних днів з дати початку строку дії, зазначеної договором, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, визнаних страховими випадками, за цим Договором, лише за базовими ризиками: **С (витрати на швидку та невідкладну допомогу), В\_екстрена (витрати на екстрену стаціонарну допомогу дорослим), Е (витрати на стаціонарну допомогу для дітей) та А\*в частині витрат на екстрену стоматологічну допомогу та організацією послуг за вказаними ризики виключно на базі державних та/або відомчих лікувально-профілактичних установ.**

4.3.1. З 11 (одинадцятого) календарного дня дії цього договору страхування (далі – період очікування) Страховик несе зобов'язання у повному обсязі щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за цим договором, за всіма опціями обраної Програми страхування та додатковими опціями. Період очікування при пролонгації договору страхування не застосовується.

#### **5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

##### **5.1. Страховик має право:**

5.1.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також вимагати дотримання ними Умов страхування та Правил;

5.1.2. достроково припинити дію Договору з дотриманням умов п.9 та пп.12.14. Умов страхування;

5.1.3. відкласти або перенести дату виплати страхового відшкодування відповідно до пп. 8.8. Умов страхування;

5.1.4. направляти свого представника до Застрахованої особи, що перебуває на лікуванні в умовах стаціонару медичної установи;

5.1.5. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених п. 8.9.;

5.1.6. вимагати повернення Страхувальником/Застрахованою особою помилково перерахованого та/або безпідставно отриманого страхового відшкодування. Зокрема, надання неправдивих відповідей на запитання Медичної анкети в Заяві на страхування (Додаток №2 до договору) є підставою для визнання Договору недійсним з умовою повернення безпідставно (незаконно) отриманих страхових відшкодувань;

5.1.7. відмовити Застрахованій особі в подальшому медичному обслуговуванні та в односторонньому порядку розірвати з нею Договір страхування у випадку порушення нею медичних призначень, лікувально-організаційного режиму;

5.1.8. узгодити форму виплати страхового відшкодування за письмовою згодою сторін договору;

5.1.9. без попереднього узгодження із Страхувальником/Застрахованою особою, дотримуючись принципу економічної доцільності та достатності асортименту послуг, змінювати перелік ЛПУ за договором страхування;

5.1.10. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених пп.5.1.13., пп.4.2. та пп.8.9. Умов страхування;

5.1.11. при збільшенні середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії договору згідно з даними офіційного інтернет - представництва Національного Банку України, перерахувати страхову премію. Сума доплати страхової премії на 1 (одну) Застраховану особу розраховується за формулою:

$$\begin{aligned} & \text{Сума доплати} = (\text{Страхова премія} / (\text{дата завершення} - \text{дата початку})) \\ & \quad \times \\ & \quad (\text{дата завершення} - \text{дата перерахунку} + 1) \\ & \quad \times \\ & (\text{курс гривні на дату перерахунку} / (\text{курс гривні на дату початку або попереднього перерахунку} - 1)) \\ & \quad \times \\ & \quad 0,53 \end{aligned}$$

де

дата початку – дата початку строку дії договору страхування;

дата завершення – дата завершення строку дії договору страхування;

дата перерахунку – це день, наступний за датою зміни середнього курсу гривні за 20 банківських днів на 20% або більше 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.

5.1.12. ініціювати зміну графіку оплати страхових платежів шляхом внесення змін до договору у порядку, передбаченому пп.9.5. Умов страхування, якщо сума збитків за всіма заявленими страховими випадками з урахуванням сплачених відшкодувань, які виникли протягом дії Договору страхування перевищують розмір несплаченої частини страхового платежу/премії;

5.1.13. якщо сума збитків за всіма заявленими страховими випадками з урахуванням сплачених відшкодувань, які виникли протягом терміну дії договору страхування перевищують розмір несплаченої частини страхового платежу, надавати страховий захист та забезпечувати організацію надання медичних послуг, передбачених умовами договору страхування, Програмою страхування, у повному обсязі /повністю лише у випадку оплати/дострокової оплати в повному обсязі страхової премії;

5.1.14. при недотриманні Страхувальником/Застрахованою особою умов передбачених пп. 5.1.12. Умов страхування Страховик має право забезпечувати організацію надання медичних послуг у порядку, передбаченому пп. 5.2.6., а після завершення зазначеного терміну відмовити в організації надання усіх медичних послуг передбачених умовами договору страхування та Програмою страхування з 00.00 годин наступного календарного дня.

5.1.15. Ініціювати внесення змін до Договору страхування, у порядку визначеному розділом 9 Договору, в тому числі в частині перегляду розміру страхового платежу, страхового тарифу та/або наповнення Програми страхування при підвищенні страхового ризику та/або якщо сума збитків за всіма заявленими страховими випадками з урахуванням сплачених відшкодувань які виникли протягом терміну дії договору страхування, перевищують розмір сплаченого страхового платежу за Договором (Під зміною ступеня ризику розуміється: погіршення стану здоров'я, збільшення випадків захворюваності Застрахованої особи, встановлення Застрахованій особі діагнозу, який може спровокувати появу супутніх захворювань або загалом негативно вплинути на стан здоров'я Застрахованої особи тощо).

5.1.16. на запит Страхувальника/Застрахованої особи надавати тільки ту інформацію, що стосується умов укладеного договору страхування, умов надання послуг за Програмою страхування, що є невід'ємною частиною договору страхування.

5.1.15. користуватися іншими правами, передбаченими Договором, Правилами та законодавством України;

## **5.2. Страховик зобов'язаний:**

5.2.1. ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами договору страхування, в т.ч. з умовами пп.6.1.2. Умов страхування, Програмою страхування, Медичною базою та Правилами;

5.2.2. на підтвердження факту укладання договору страхування надати Страхувальнику/Застрахованій особі Картку Застрахованої особи встановленого зразку. Картки надаються протягом 10 (десяти) днів після сплати Страхувальником страхової премії і є власністю Страховика;

5.2.3. організувати Страхувальнику/Застрахованій особі надання та оплату медичних послуг в обсязі та на умовах, зазначених у Програмі та договорі страхування;

5.2.4. при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у строк, передбачений Умовами страхування. 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;

5.2.5. у 3-денний термін повідомити Страхувальника про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів, факсів, банківських реквізитів тощо;

5.2.6. у випадку передбаченому пп. 5.1.12. забезпечувати організацію надання медичних послуг протягом 3-х робочих днів з моменту настання страхового випадку, лише у екстреному порядку, за наступними базовими ризиками: **С (витрати на швидку та невідкладну допомогу), В\_екстрена (витрати на екстрену стаціонарну допомогу дорослим), Е (витрати на стаціонарну допомогу для дітей) та А\* в частині витрат на екстрену стоматологічну допомогу).**

5.2.7. виконувати інші обов'язки, передбачені договором, Правилами та законодавством України.

## **5.3. Страхувальник має право:**

5.3.1. вимагати дотримання Страховиком умов договору та Правил страхування;

5.3.2. ініціювати внесення змін до договору;

5.3.3. достроково припинити дію Договору з дотриманням умов п.9 та пп.12.14. Умов страхування;

5.3.4. на запит Страхувальника/Застрахованої особи до Страховика одержувати будь-які роз'яснення за договором;

5.3.5. одержати дублікат Картки Застрахованої особи у випадку втрати оригіналу.

#### **5.4. Страхувальник зобов'язаний:**

5.4.1. сплачувати страхову премію (усі її частини) у встановлені договором строки з урахуванням наступних положень:

5.4.1.1. якщо сума збитків за всіма заявленими страховими випадками з урахуванням сплачених відшкодувань, які виникли протягом дії Договору страхування перевищують розмір несплаченої частини страхового платежу, Страхувальник/Застрахована особа зобов'язаний сплатити страхову премію в повному обсязі.

5.4.2. 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 встановлену Застрахованій особі групу інвалідності;

5.4.3. при укладанні договору страхування ознайомити Застраховану особу з умовами договору страхування, Програмою страхування, правами та обов'язками Сторін договору, діями при настанні страхового випадку;

5.4.4. до початку відвідування у планових випадках або негайно, як тільки з'явиться можливість, в екстрених випадках, узгоджувати зі спеціалізованою службою Страховика умови самостійного звернення до будь-якого ЛПУ, що не включена до Медичної бази;

5.4.5. виконувати обов'язки, які передбачені договором страхування, Правилами та законодавством України;

5.4.6. повідомити Страховика про інші договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), що є діючими на момент укладання цього договору або укладеними в період його дії;

5.4.7. у 3-денний термін повідомити Страховика про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів, факсів, банківських реквізитів тощо;

5.4.8. у випадку зміни впродовж дії договору медико-соціального статусу Застрахованої особи, сповістити про це Страховика в 30-тиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності;

5.4.9. здійснити оплату отриманих медичних послуг, що надані Страхувальнику/Застрахованій особі на умовах п.5.2.4.цих Умов страхування;

5.4.10. у випадку застосування Страховиком положень пп.5.1.10. протягом 5 (п'яти) робочих днів підтвердити виставлений Страховиком рахунок та здійснити таку доплату протягом наступних 10 (десяти) робочих днів. При відмові Страхувальника сплатити доплату Сторони надають свою згоду без укладання додаткової угоди прийняти до належного виконання наступні умови при розрахунку:

5.4.10.1. ризику **А (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих)/ D (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дітей)** – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:

$$0,3k/(1+0,3k)$$

5.4.10.2. ризику **В\_екстрена (витрати на екстрену стаціонарну допомогу дорослим), В\_планова (витрати на планову стаціонарну допомогу дорослим) та Е (витрати на стаціонарну допомогу для дітей)** – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:

$$0,3k/(1+0,3k)$$

5.4.10.3. ризику **М (витрати на медичні препарати та засоби медичного призначення, необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах)** – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:

$$0,85k/(1+0,85k),$$

5.4.10.4. ризику **А\* (витрати на планову та екстрену стоматологічну допомогу)** – ввести безумовну франшизу, що розраховується за формулою:

$$0,8k/(1+0,8k),$$

де k - 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 за один долар США відносно курсу гривні на дату початку дії договору або на дату перерахунку, якщо такий вже було здійснено.

Якщо в Програмі страхування вже є безумовні франшизи за послугами, що вказані в пп.5.4.10.1.-5.4.10.4., франшизи розраховуються за формулою:

$$1 - 1/((1+a)X(1+b))$$

де a – безумовна франшиза згідно з пп.5.4.10.1.-5.4.10.4.;

b – безумовна франшиза, що діє відповідно до умов Програми страхування за цим договором.

**5.5.** Дії або бездіяльність Застрахованої особи несуть за собою такі ж самі наслідки, як і дії або бездіяльність Страхувальника.

## **6. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

**6.1.** При настанні випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим випадком, Застрахована особа повинна звернутися до Спеціалізованої служби Страховика за багатоканальним номером, зазначеним у договорі страхування та Картці Застрахованої особи.

6.1.1. Функції Спеціалізованої служби Страховика - організація необхідної медичної допомоги Застрахованій особі. При цьому організація таких послуг здійснюється виходячи з переліку ЛПУ, з якими у Страховика є договірні відносини та які передбачені умовами договору страхування та включені до Медичної бази.

6.1.2. Спеціалізована служба Страховика не приймає заяви про настання випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим, та не здійснює організацію необхідної медичної допомоги Застрахованій особі за такою заявою, якщо Страхувальником/Застрахованою особою подано Заяву про дострокове припинення дії договору страхування (пп.9.2. Умов договору).

**6.2.** У разі настання страхового випадку Застрахована особа може самостійно звернутися в будь-яку ЛПУ, що не включена до Медичної бази, отримати медичні послуги та оплатити їх самостійно. У цьому випадку Страхувальник/Застрахована особа повинна повідомити про це Спеціалізованій службі Страховика **до початку відвідування у планових випадках або негайно, як тільки з'явиться можливість, в екстрених випадках.**

**6.3.** В екстрених випадках Застрахована особа госпіталізується лікарями невідкладної медичної допомоги в рекомендовану ними ЛПУ, яка при наявності відповідних відділень та місць може надати необхідну медичну допомогу за профілем.

**6.4.** При відвідуванні медичної установи необхідно мати при собі Картку Застрахованої особи та документ, що засвідчує особу.

## **7. ФОРМА ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

**7.1.** На умовах, визначених договором, Страховик оплачує вартість медичної допомоги при розладі стану здоров'я Застрахованої особи, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, опіком чи отруєнням тощо, що виникли під час дії договору.

**7.2.** Страховик оплачує вартість медичної допомоги, товарів медичного призначення та лікарських засобів:

- ЛПУ, аптечним закладам, або оздоровчим закладам, якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа звернулася до Спеціалізованої служби Страховика, а спеціалізована служба здійснила організацію надання медичної допомоги;

- безпосередньо Застрахованій особі, якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа оплатила вартість медичних послуг самостійно.

**7.3.** Послуги, що не передбачені Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно та без подальшої компенсації Страховиком.

**7.4.** Призначені лікарем лікарські засоби Застрахована особа отримує за рецептами або на основі заяви, направленої Страховиком у конкретну аптеку, що співпрацює зі Страховиком. Під аптекою розуміються мережі аптечних закладів, які вказані у Медичній базі. При наявності франшизи за даним випадком різницю вартості лікарських засобів Застрахована особа має сплатити самостійно безпосередньо при отриманні лікарських засобів.

## **8. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ТА ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ САМОСТІЙНО ВИТРАЧЕНИХ КОШТІВ**

**8.1.** Застрахована особа має можливість отримати страхове відшкодування у формі компенсації самостійно витрачених коштів:

8.1.1. вартості самостійно оплачених послуг у ЛПУ, що не включені до Медичної бази за умови виконання п.5.4.4. Умов страхування.

8.1.2. лікарських засобів, самостійно оплачених в аптечних закладах.

**8.2.** Для отримання страхового відшкодування (пп.8.1.) Застрахована особа повинна надати Страховику не пізніше ніж через 30 (тридцять) днів після закінчення дії договору наступні документи:

8.2.1. заяву від Страхувальника, Застрахованої особи, іншої уповноваженої особи про настання страхового випадку на ім'я Голови Правління Страховика з відповідним підписом та зазначенням дати складання заяви;

8.2.2. оригінали або завірені копії медичних документів (з наданням оригіналів для ознайомлення), в яких зазначені дата звернення, діагноз, рекомендації лікаря та призначення медикаментів.

Вони можуть бути представлені у вигляді: консультативного висновку; виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). Копії сторінок амбулаторної карти чи історії хвороби не прийматимуться; карти виїзду бригади швидкої допомоги (форма №110/о); довідки лікувального закладу із кутовим мокрим відбитком печатки лікувального закладу, підписом та мокрим відбитком печатки лікаря;

8.2.3. акт виконаних робіт та/або видаткова накладна – документ, в якому перераховані всі надані послуги відповідно до діючого прейскуранта 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;

8.2.4. оригінал документу, що підтверджує факт оплати, який може бути представлений у вигляді:

- фіскального касового чеку реєстратора розрахункових операцій, програмного реєстратора розрахункових операцій - в паперовій та/або електронній формі;

- фіскального касового чеку платіжної/их системи/м за операціями приймання та переказу готівкових коштів;

- платіжних та касових банківських документів;

- виписки з карткового рахунку, що підтверджує оплату з карткового рахунку в паперовій та/або електронній формі;

- платіжної інструкції в паперовій та/або електронній формі;

- 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;

- розрахункової квитанції, складеної відповідно до Закону України «Про застосування реєстраторів розрахункових операцій у сфері торгівлі, громадського харчування та послуг». Згідно з листом Державної податкової служби України від 17.04.12 року №11206/7/17-1217\* розрахункова квитанція є обов'язковою для надання.

(\*) лист Державної податкової служби «Про відповідальність за неналежне ведення або неведення, втрату книги обліку доходів або книги обліку доходів та витрат»;

- квитанції банку у випадку безготівкової оплати;

8.2.5. копії документів про державну реєстрацію суб'єкта господарювання:

- 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;

- 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.

- 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.

Зазначені реєстраційні документи не потрібно надавати при обслуговуванні в державних та відомчих установах, але якщо такі заклади надають різноманітні послуги, в т.ч. і медичні та оздоровчі (освітні, асистуючі, санаторно-курортні заклади тощо), доцільно надавати копію Ліцензії МОЗ України.

8.2.6. Завірена підписом копія громадянського паспорта: 1,2,3,4 сторінки (додатково 5-6 сторінки для осіб після 45 років), та сторінка з реєстрацією проживання (при отриманні готівки в касі Страховика необхідно пред'явити оригінал);

8.2.7. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номеру (ІПН);

8.2.8. Додатково:

- для відшкодування затрат на придбання медикаментів в аптечних кіосках, зареєстрованих фізичними особами-підприємцями (ФОП), потрібно надавати копії реєстраційних документів підприємця. Відшкодування медикаментів проводиться на основі співставлення фінансових та медичних документів, тому медикаментозне лікування повинно бути детально описаним у надаваному медичному документі. За умови стаціонарного лікування для повноти відшкодування виписку з історії хвороби (епікриз) можна доповнити копіями Листка лікарських призначень (код форми за ЗКОД №003-4/о), первинного огляду анестезіолога та протоколу загального знеболювання (форма №003-3/о), що завірені печаткою та підписом лікуючого лікаря чи завідувача відділення;

- у випадку відшкодування стоматологічних послуг стоматологічний діагноз із зазначенням номера зуба та поверхні зуба може бути відображений не в медичному документі, а в Акті виконаних робіт;

- для відшкодування затрат на придбання товарів медичного призначення потрібно надавати копію Свідоцтва про державну реєстрацію товару медичного призначення з додатками (за їх наявності);

- для відшкодування витрат на оздоровлення надавати медичні документи потрібно лише за умови, якщо це передбачено умовами Програми страхування і послуга надається за рекомендацією лікаря.

**8.3.** Страховик має право змінити перелік документів для отримання страхового відшкодування та джерела/способи їх отримання за письмовим повідомленням про це Страхувальника у будь-який зручний/можливий для Страховика спосіб, але виключно по страховим випадкам, що сталися після повідомлення Страхувальника про таку зміну.

**8.4.** Розрахунок суми повернення відбувається наступним чином:

8.4.1. відшкодовується 100% (застосовується франшиза 0%) вартості отриманих послуг згідно умов Програми страхування, в тому числі лімітів та переліку виключень, 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;

8.4.2. Відшкодовується 70% (застосовується франшиза 30%) від вартості при отриманні послуг у лікувально-профілактичних установах приватної форми власності.

8.4.3. 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.

**8.5.** Страхове відшкодування самостійно витрачених коштів може виплачуватися готівкою в касі Страховика, або шляхом перерахування на банківський рахунок одержувача. Витрати по переказу суми страхового відшкодування на банківський рахунок одержувача несе Страховик.

**8.6.** Страховик зобов'язаний прийняти рішення та здійснити виплату страхового відшкодування самостійно витрачених коштів або відмовити у виплаті останнього протягом 21 (двадцяти одного) робочого дня з дня отримання від Застрахованої особи повного пакету документів. При відмові у виплаті Страховик надсилає письмове повідомлення Страхувальнику/Застрахованій особі.

**8.7.** Днем здійснення виплати страхового відшкодування самостійно витрачених коштів вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика або день здійснення виплати із каси Страховика.

**8.8.** 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 подовжено до 60 (шістдесяти) робочих днів з дня отримання всіх документів.

**8.9.** Страховик має право відмовити у здійсненні страхового відшкодування у формі компенсації самостійно витрачених коштів (повністю або частково) у випадку:

8.9.1. якщо витрати виникли після закінчення строку дії договору, в т.ч. достроково припиненого, 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 із стаціонару, але триває не більше 15 (п'ятнадцяти) календарних днів;

8.9.2. якщо Застрахована особа своєчасно не повідомила Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або не надала Страховику необхідну достовірну інформацію щодо обставини страхового випадку;

8.9.3. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених договором, в тому числі невиконання умов пп.5.4.1., пп.6.2. Умов страхування;

8.9.4. якщо Застрахована особа не надала Страховику або представнику останнього вільний доступ до інформації, що пов'язана зі страховим випадком або подією, яка має ознаки страхового випадку.

**8.10.** 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».

8.10.1. 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.

8.10.2. Заявник надає свою добровільну та беззаперечну згоду на обробку Заяви Страховиком вчиненням наступної сукупності дій:

а) перехід за відповідним посиланням для входу у чат-бот;

б) 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»;

в) введення заявником отриманого ідентифікатора;

г) 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.

8.10.3. 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.

8.10.4. 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.

**8.11.** Документи, необхідні для здійснення страхового відшкодування / страхової виплати, які подаються за допомогою чат-боту, повинні відповідати наступним вимогам:

8.11.1. 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) або чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, що дозволяє їх візуальне сприйняття;

8.11.2. 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;

8.11.3. бути належної якості, щоб можна було прочитати весь текст документа, чітко було видно всі реквізити, поля документа не було порушено.

**8.12.** На запит Страховика Заявник повинен подати:

8.12.1. 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;
- видаткової 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 недоговорному 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)

**8.13.** 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.

**8.14.** 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.

**8.15.** 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).

**8.16.** Якщо документів, зазначених в п.8.11 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 подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

**8.17.** 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.

**8.18.** 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.

**8.19.** 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.

**8.20.** 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).

**8.21.** 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.

## **9. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ**

**9.1.** Дія договору припиняється у разі:

- 9.1.1. закінчення строку дії договору;
- 9.1.2. виконання Страховиком договірних обов'язків у повному обсязі;
- 9.1.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 9.1.4. 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;
- 9.1.5. дострокового припинення дії договору страхування за вимогою сторін;
- 9.1.6. набрання законної сили судовим рішенням про визнання договору недійсним;
- 9.1.7. якщо з'ясується, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика свідомо неправдиві відомості про обставини, наявність яких відповідно до Правил страхування чи умов договору зробило б неможливим його укладання, Страховик має право визнати договір недійсним та вимагати його дострокового припинення.

Зокрема, надання неправдивих відповідей на запитання п.б. Пропозиції приведе до відмови Страховика від покриття одного або кількох медичних діагнозів, що збігаються за змістом і суттю з неправдивими відповідями та до визнання недійсним договору в повному обсязі з умовою повернення незаконно отриманих страхових відшкодувань.

- 9.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

**9.2.** Дія договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію договору страхування, крім дострокового припинення з причин несплати страхового платежу, будь-яка Сторона зобов'язана письмово, або в електронній формі шляхом обміну інформацією та підписання документів в електронних сервісах за допомогою простого електронного підпису, має надати заяву про дострокове припинення дії договору, шаблон якої розміщено на офіційному веб сайті Страховика за адресою <https://ingo.ua/services> не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати припинення, але не пізніше ніж за 90 (дев'яносто) днів до закінчення його строку дії.

**9.3.** Дія договору страхування може бути достроково припиненою Страховиком у разі несплати Страхувальником страхового платежу чи його частини у строк, встановлений умовами Договору.

При цьому Страховик звільняється від обов'язку направлення Страхувальнику письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору.

**9.4.** У випадку дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику фактично оплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% (двадцять п'ять відсотків), а також суми страхових виплат, що були здійснені протягом дії договору. В разі зарахування, за рішенням заявою Страхувальника про дострокове припинення дії Договору, коштів, що йому повертаються, як оплата премії за іншими договорами страхування, Страховик не утримує витрати на ведення справи. При цьому розрахунок суми страхових виплат, що були здійснені за цим договором, та повернення страхової премії здійснюється протягом 20 (двадцяти) робочих днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від медичних та інших установ, в яких відбувалося обслуговування Застрахованої особи;

9.4.1. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком положень договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання від Страхувальника заяви про дострокове припинення договору та повернення страхової премії. У цьому випадку вимога Страхувальника повинна бути письмово обґрунтована.

**9.5.** У випадку дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика про дострокове припинення дії договору, крім випадку дострокового припинення дії договору з причин несплати страхового платежу чи його частини в строк, встановлений умовами Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

9.5.1. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору, то Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи 25% (двадцять п'ять відсотків) та суми страхових виплат, що були здійснені за договором. В разі, якщо припинення договору пов'язане з невиконанням обов'язків Страхувальника щодо сплати платежів згідно з графіком платежів, страхова премія за невикористаний період Страхувальнику не повертається.

**9.6.** Усі зміни до договору страхування можуть бути внесені тільки за взаємною згодою сторін у письмовій формі шляхом підписання Додаткової угоди до договору.

## **10. ФОРС-МАЖОР**

**10.1.** Сторони звільняються повністю або частково від своїх зобов'язань за договором, якщо їх невиконання є наслідком форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини (наприклад, стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (громадські хвилювання, страйки, воєнні дії тощо)).

**10.2.** Сторона, що посилається на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно сповістити іншу про настання та припинення дії таких обставин.

**10.3.** Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується компетентними органами державної влади та іншими структурами, що мають відповідні повноваження.

## **11. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ**

11.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію про:

- діяльність Сторін договору та фінансові умови договору;



- захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування Застрахованої особи.
- 11.2. Сторони приймають всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків, передбачених законодавством України).
- 11.3. Страхувальник підписанням договору страхування та цих Умов страхування звільняє ЛПУ від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно Застрахованої особи перед Страховиком.

## 12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 12.1. Все, що не знайшло відображення в договорі страхування, регулюється Правилами страхування та діючим законодавством.
- 12.2. У разі виникнення розбіжностей між умовами договору страхування та Правилами – пріоритет має Договір страхування.
- 12.3. Заява на страхування є невід'ємною частиною даного договору.
- 12.4. Підписуючи цей договір, Страхувальник підтверджує, що Страховик надав усю необхідну інформацію щодо надання Страховиком послуг із страхування та вартості цих послуг.
- 12.5. Застраховані особи мають право користуватися медичними послугами, які передбачені Програмою страхування з 00.00 дня, наступного за днем сплати Страховику страхової премії відповідно до п.1.2. договору.
- 12.6. Усі поточні факсові та електронні копії Заяв на страхування, Анкет про стан здоров'я та іншої документації, що має відношення до договору (із наступною передачею оригіналів даних документів за запитом Страховика) мають чинність оригіналу.
- 12.7. Після підписання договору всі попередні комерційні пропозиції, листування та/або протоколи про наміри з питань стосовно Договору втрачають юридичну силу.
- 12.8. На виконання ст. 6, 10, 11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник/Застрахована особа, як суб'єкт персональних даних, надає дозвіл на обробку своїх персональних даних відповідно до мети їх обробки згідно із Законом України «Про страхування», а також на поширення та внесення змін до персональних даних за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними. Страхувальник/Застрахована особа підтверджує, що належним чином повідомлена про свої права, передбачені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».
- 12.9. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України
- 12.10. Страховик є платником податку згідно з пп.141.1.2., п.141.1., ст.141 Податкового кодексу України.
- 12.11. На виконання ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

### **Національний Банк України**

Для подання письмових звернень: вул. Інститутська, 11-Б, м.Київ-8, 01601  
тел: 0 800 505 240. Форма електронного звернення: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua)

### **Управління захисту споживачів ГУ Держпродспоживслужби в м. Києві**

м. Київ, вул. Івана Драча, 10/8  
. тел./факс: (044) 486-54-86, (044) 486-40-27

- 12.12. На виконання частини другої ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страхувальник засвідчує, що Страховиком надано (Страхувальник ознайомлений) з відповідною інформацією щодо вимог даного Закону та Закону України «Про захист прав споживачів».
- 12.13. Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен [ingo.ua](mailto:ingo.ua)) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору та при врегулюванні страхової події з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису; копій документів (за поданням оригіналів у термін не пізніше закінчення дії Договору).
- 12.14. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені:
- на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні договору страхування;
  - смс повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору;
  - рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору;
  - факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання;
  - кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;
  - службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно 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 первинних документів, з використанням електронного простого підпису фізичної особи. Інформація щодо Порядку доступу та посилання на сервіс обміну та підписання електронних первинних документів, надається Страхувальнику Контакт центром за телефонами, вказаними в Сертифікаті;
  - копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках погоджених Сторонам з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.
- 12.15. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового

знищення" Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії.

12.16. Сторони домовились, що для укладення (підписання) Договору страхування та в межах виконання цього Договору, документи (в тому числі первинні, документи на виплату страхового відшкодування) можуть укладатися в електронній формі шляхом обміну між Сторонами за допомогою сервісів електронного документообігу відповідно норм Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг».

При оформленні Договору страхування (зі всіма невід'ємними частинами) та інших документів у електронній формі Сторони домовились дотримуватись наступних вимог:

12.17. Здійснювати обмін електронними документами за допомогою сервісів електронного документообігу, в тому числі, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу з застосування кваліфікованих електронних підписів уповноважених осіб та/або простих електронних підписів Сторін.

12.18. Договір страхування (зі всіма невід'ємними частинами) та інші документи на виконання умов Договору страхування, оформлені в електронному вигляді, є електронними документами (далі по тексту читати, як електронні документи), інформація в яких зафіксована у вигляді електронних даних, та які містять всі реквізити аналогічних паперових документів. При цьому, слова "укласти", "підписати", "надати", "передати", "вручити", які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений через Сервіс документообігу.

12.19. Відповідно до норм Закону України «Про електронні довірчі послуги» електронні документи підписуються уповноваженими особами Сторін їх кваліфікованими електронними підписами.

12.20. Кожна зі Сторін для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

12.21. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені цим Договором страхування для створення і надсилання документів у письмовій формі.

12.22. Кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного кваліфікованого підпису.

12.23. Якщо Стороною направлено електронний документ, який не підписано у строки, що встановлені Договором, або ж відхилено із зауваженнями, електронний документ вважається таким, що не прийнятий Сторонами.

12.24. У випадку виникнення технічних проблем у будь-якої зі Сторін Договору страхування, Сторони вправі у будь-який момент призупинити оформлення електронних документів та повернутись до оформлення первинних документів у паперовій формі.

12.25. Сторона, у якої виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх в паперовій формі в порядку, передбаченому Договором.

12.26. Після усунення технічних проблем Сторони можуть повернутись до використання електронних документів.

### 13. МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ТА БАНКІВСЬКІ РЕКВІЗИТИ СТОРІН

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

IBAN 833052990000026508045000690 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Код ЄДРПОУ 16285602

**Голова правління**

**АТ «СК «ІНГО»**



**Гордієнко І.М.**