

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

ці умови діють з «10» січня 2022р.

**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»**, що надалі іменується Страховик (ліцензії ДКРРФП серії АВ №546588 від 16.07.2010 року), є платником податку на прибуток згідно з п.п.141.1.2. п.141.1. ст.141. Податкового кодексу України, з однієї сторони, та

Особа, яка прийняла індивідуальну пропозицію укласти договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) «Архітектор здоров'я» (далі – договір добровільного медичного страхування), яка надалі іменується Страхувальник, з другої сторони, що тут і надалі спільно іменуються «Сторони» та кожна окремо «Сторона», попередньо ознайомлені з вимогами чинного законодавства України щодо недійсності правочинів, розуміючи значення своїх дій та діючи добровільно, відповідно до діючих на дату підписання «Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПрАТ «АСК «ІНГО Україна», затверджених Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг 22.05.2008 р. за № 03812 (надалі по тексту «Правила»), положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронну комерцію», Закону України «Про електронні довірчі послуги» уклали договір добровільного медичного страхування, про наступне:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ. УМОВИ СТРАХУВАННЯ**

**1.1.** Предметом цього договору є майнові інтереси Страхувальника/Застрахованої особи, що не суперечать законодавству, і пов'язані із життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи.

Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку організувати Застрахованій особі надання медичних послуг в обсязі та на умовах, зазначених в цьому договорі та здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов договору та Правил в межах страхової суми, а Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страховий платіж у визначені договором строки та виконувати інші умови договору.

**1.2.** По всіх питаннях, не врегульованих 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.

**1.3.** У договорі страхування та додатках до нього використовуються такі терміни:

**1.3.1.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.

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

**1.3.3.Загострення хронічного захворювання** - 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, що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю та вимагає медичної допомоги.

**1.3.4.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.

Особі віком до 16 років (включно) вважаються дітьми, віком від 17 років вважаються дорослими.

**1.3.5.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.

**1.3.6.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.

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

**1.3.8.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.

**1.3.9.Розрахункова ЛПУ** - ЛПУ, що має зі Страховиком договірні відносини на момент укладання договору або на момент надання медичних послуг. Розрахунок суми повернення коштів, самостійно витрачених Застрахованою особою, здійснюється згідно з прейскурантом розрахункової ЛПУ, який діяв на момент надання послуг.

**1.3.10. 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.

**1.3.11. 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.

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

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

**1.3.14. 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.

**1.3.15. Страховий випадок** – звернення Страхувальника/Застрахованої особи протягом дії договору страхування до ЛПУ, передбаченої договором страхування, при погіршенні медичного стану і отримання при цьому медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування.

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

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

**1.3.18. Територія страхування** – Україна. Дія договору не розповсюджується на території та зони військових дій (незалежно від того, оголошена війна чи ні), райони, де сталися терористичні акти та/або ведуться антитерористичні операції. Із території страхування виключаються населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та які розташовані на лінії зіткнення.

**1.3.19. 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.

**1.3.20. Фаза ремісії** - період хронічного захворювання, що 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.

**1.3.21. Франшиза** – передбачена договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку. Франшиза може зазначатись у відсотках по конкретній ЛПУ, оздоровчому закладу або страховому випадку.

**1.3.22. Хронічне захворювання** - захворювання, яке поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії або без таких періодів.

## 2. 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. ДІЯ ДОГОВОРУ

3.1. Строк дії Договору зазначається в п.4 Сертифікату.

3.2. 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.

3.2.1. У випадку, якщо одна із частин страхової премії, яка зазначена у графіку платежів (п.3. Сертифікату), 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.

3.3. 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.3. Сертифікату.

3.4. 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.

**3.5.** 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.**

3.6. 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.

3.7. Територія страхування зазначається в п.5. Сертифікату.

### 4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір страхування укладається в електронній формі відповідно норм Закону України «Про електронну комерцію» шляхом акцептування Умов договору страхування та підписання Сертифікату.

4.2. Для укладення договору страхування особа, попередньо ознайомившись з Умовами страхування, Правилами та інформацією про фінансову послугу на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для ідентифікації, верифікації Страхувальника шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором та підтверджує надання згоди на обробку власних персональних даних.

4.3. Здійснення всіх вищевказаних дій є Заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти договір страхування.

4.4. Страховик, на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему Заяви на страхування, формує комерційну пропозицію укласти договір страхування (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді електронного повідомлення в інформаційно-телекомунікаційних системах. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.

4.5. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення сукупності дій:

а) підписання Сертифікату електронним підписом одноразовим ідентифікатором;

б) сплата страхового платежу у передбачені строки і розміри на IBAN рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на поточний рахунок Страховика;

4.6. Для підписання Сертифікату Страхувальнику надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Сертифікату Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Сертифікату Страхувальник вводить отриманий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та активує/підтверджує його введення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Сертифікату. Підписаний Сертифікат надсилається на вказану Страхувальником адресу електронної пошти.

4.7. Підписання Договору страхування.

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

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

4.7.2.1. 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.

4.7.2.2. 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.

4.7.2.3. Відповідно до норм Закону України «Про електронні довірчі послуги» електронні документи підписуються уповноваженими особами Сторін їх кваліфікованими електронними підписами чи простим електронним підписом.

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

- 4.7.2.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені цим Договором страхування для створення і надсилання документів у паперовій формі.
- 4.7.2.6. Кожна зі Сторін самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного кваліфікованого підпису.
- 4.7.2.7. 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.
- 4.7.2.8. 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. 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 страхування. Після усунення технічних проблем Сторони можуть повернутись до використання електронних документів.

## **5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН І ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ**

### **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 на умовах, передбачених п.10. Умов страхування;
- 5.1.3. відкласти дату виплати страхового відшкодування відповідно до п. 9.8. Умов страхування;
- 5.1.4. направляти свого представника до Застрахованої особи, що перебуває на лікуванні в умовах стаціонару медичної установи;
- 5.1.5. вимагати повернення Страхувальником/Застрахованою особою помилково перерахованого та/або безпідставно отриманого страхового відшкодування. Зокрема, надання неправдивих даних п.6. Пропозиції є підставою для визнання договору недійсним з умовою повернення безпідставно (незаконно) отриманих страхових відшкодувань;
- 5.1.6. 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;
- 5.1.7. узгодити форму виплати страхового відшкодування за письмовою згодою сторін договору;
- 5.1.8. без попереднього узгодження із Страхувальником/Застрахованою особою, дотримуючись принципу економічної доцільності та достатності асортименту послуг, змінювати перелік ЛПУ за договором страхування;
- 5.1.9. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених п.3.2.1. та п.9.9. Умов страхування;
- 5.1.10. 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:

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

- 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.

- 5.1.11. ініціювати зміну графіку оплати страхових платежів шляхом внесення змін до договору у порядку, передбаченому п.10.5. 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;
- 5.1.12. 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;
- 5.1.13. при недотриманні Страхувальником/Застрахованою особою умов передбачених п. 5.1.12. Умов страхування Страховик має право забезпечувати організацію надання медичних послуг у порядку, передбаченому п. 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.
- 5.1.14. користуватися іншими правами, передбаченими договором, Правилами та законодавством України.

### **5.2. Страховик зобов'язаний:**

- 5.2.1. ознайомити Страхувальника з умовами договору страхування, в т.ч. з умовами п.6.1.2. Умов страхування, Програмою страхування 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 договором 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 п. 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, письмово повідомивши про це Страховика з дотриманням умов п.10 Умов страхування;

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

### 5.4. Страхувальник зобов'язаний:

5.4.1. сплачувати страхову премію (усі її частини) у встановлені договором строки;

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 п.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. ризики **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. ризики **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. ризики **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. ризики **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.5.4.9.1.-5.4.9.4., франшизи розраховуються за формулою:

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

де a – безумовна франшиза згідно з пп.5.4.9.1.-5.4.9.4.;

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 СТРАХУВАЛЬНИКА 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 за вимогою Страхувальника (п.10.3. 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. 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. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХУВАННЯ**

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

8.1.1. діагностика та лікування поза межами території страхування відповідно до договору;

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

8.1.3. захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим 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);

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

8.1.5. 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);

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

8.1.7. 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);

8.1.8. 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;

8.1.9. створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

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

8.1.11. 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);

8.1.12. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

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

8.2.1. вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (генні, геномні, хромосомні);

8.2.2. психічні захворювання, психопатії, психологічні проблеми, психосоматика, порушення мови, розлади сну, астеничні та депресивні стани, неврози, неврастенії, порушення мови;

8.2.3. синдром Паркінсона, хвороба Паркінсона;

8.2.4. професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженої установи;

8.2.5. гельмінтози та паразитарні захворювання;

8.2.6. вірусний імунodefіцит людини (ВІЛ), в тому числі синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та інші імунodefіцитні стани та всі асоційовані з ними захворювання;

8.2.7. захворювання імунної системи;

8.2.8. короста, педикюльоз, контагіозний молюск;

8.2.9. безплідність (чоловіча, жіноча), клімакс, порушення оваріально-менструального циклу, синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників, передменструальний синдром, порушення гормонального стану (гіперпролактинемія, гіперандрогенія, інші), еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;

8.2.10. епілепсія;

- 8.2.11. кардіоміопатії;
- 8.2.12. особливо небезпечні захворювання (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), окрім діагностики та лікування первинного захворювання або загострення хронічного внаслідок інфікування вірусом COVID-19, якщо це передбачене Програмою страхування;
- 8.2.13. променева та кесонна хвороба;
- 8.2.14. вірусні гепатити В, С, D, Е, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки;
- 8.2.15. злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі захворювання крові та кровотворних органів;
- 8.2.16. вагітність та пологи;
- 8.2.17. мігрень, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;
- 8.2.18. вегето-судинна та нейро-циркуляторна дистонія, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)»;
- 8.2.19. аутоімунні захворювання, ревматизм, системні захворювання сполучної тканини, артропатії, спондилопатії;
- 8.2.20. ревматоїдний артрит, ювенільний ревматоїдний артрит;
- 8.2.21. системні атрофії, що вражають переважно центральну нервову систему;
- 8.2.22. демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, аміотрофії, міотонії, міастенії, сингломієлія та синггобульбія;
- 8.2.23. захворювання, пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез; порушення кальцієвого, фосфорного обміну, інші);
- 8.2.24. енцефалопатія будь-якого генезу;
- 8.2.25. захворювання чи стан здоров'я, що є причиною для встановлення III групи інвалідності (зазначений у відповідних документах, зокрема Акті огляду медико-соціальної експертної комісії);
- 8.2.26. будь-якого захворювання чи травми Застрахованої особи, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії даного Договору страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання Застрахованої особи.
- 8.3. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг з діагностики та лікування наступних захворювань та станів з моменту встановлення остаточного діагнозу:**
- 8.3.1. захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою;
- 8.3.2. кістозні утворення будь-яких органів чи локалізації;
- 8.3.3. ендометріоз, гіперплазія, ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія шийки матки, ектропіон;
- 8.3.4. мастопатія будь-якої форми;
- 8.3.5. хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, туберкульоз, захворювання щитоподібної залози;
- 8.3.6. 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;
- 8.3.7. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, окрім гострих станів (гострий тромбоз, флеботромбоз), геморої, окрім гострих станів (тромбоз гемороїдальних вен, гемороїдальні кровотечі);
- 8.3.8. синдром хронічної втоми;
- 8.3.9. хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт;
- 8.3.10. саркоїдоз.
- 8.4. Виключення / обмеження на медичні послуги, в т.ч. методи лікування та діагностику, товари, обладнання:**
- 8.4.1. 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;
- 8.4.2. витрати на планове видалення металокопункцій, встановлених не в період неперервної дії договорів страхування в АТ СК «ІНГО»;
- 8.4.3. застосування екстракорпоральних методів лікування:
- а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмодіфільтрація, 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;
- 8.4.4. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини, гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, діагностика по Фолю, гірудотерапія, склеротерапія, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування та інше;
- 8.4.5. косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в т.ч. планова септопластика та герніопластика), 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;
- 8.4.6. кріотерапія, кріомасаж;
- 8.4.7. лікування келоїдних рубців; зміна ваги, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;
- 8.4.8. трансплантація органів та тканин (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), будь-яке протезування, ендпротезування;
- 8.4.9. планові операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), оперативні втручання на коронарних судинах (стенування, шунтування тощо), протезування клапанів серця;
- 8.4.10. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, генетика;
- 8.4.11. нанесення напильника, інкрустація, застосування дорогіших металів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;
- 8.4.12. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;
- 8.4.13. шинування зубного ряду;
- 8.4.14. 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;
- 8.4.15. будь-які планові медичні послуги та медикаментозне забезпечення, якщо лікування було заплановане та рекомендоване до початку дії договору страхування;

- 8.4.16. відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату, реабілітаційне лікування, окрім кінезіотерапії (ЛФК) в межах витрат на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих;
- 8.4.17. 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);
- 8.4.18. оперативні втручання не за медичними показаннями;
- 8.4.19. діагностика алергії, в тому числі проведення алергопроб;
- 8.4.20. послуги, які не передбачені Програмою страхування або не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі;
- 8.4.21. 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;
- 8.4.22. проба Манту (туберкулінодіагностика);
- 8.4.23. генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;
- 8.4.24. вироби медичного призначення (медичні вироби): 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, деартеріалізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, електроди, ріжучі петлі, імпланти, набори для металоостеосинтезу, окрім контактних лінз у межах витрат на опцію «офтальмологія» та пролінової сітки для ургентної ґерніопластики та медичних виробів, передбачених програмою страхування;
- 8.4.25. штучне запліднення, стерилізація, контрацепція, проведення тестів на вагітність, проведення абортів, придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);
- 8.4.26. медичні препарати та засоби, що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (харчові домішки та біологічно активні добавки);
- 8.4.27. засоби особистої гігієни, косметичні засоби (креми, лосьйони тощо).
- 8.5. 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:**
- 8.5.1. класичні венеричні захворювання згідно з класифікацією ВООЗ;
- 8.5.2. інфекції, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, папіломовірус, гарднерельоз, лептотрікс та інші;
- 8.5.3. хронічні TORCH-інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу) та інфекція Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз);
- 8.5.4. запальні захворювання сечостатевої системи у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в пп.8.5.2. та пп.8.5.3., до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
- 8.5.5. захворювання шкіри та придатків шкіри (вугрова хвороба та вугровий висип, демодекоз, мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, atopічний дерматит, себорея будь-якого типу, ламкість та випадіння волосся, alopecія, вітиліго, розацеа, оніходистрофія), порушення потовиділення;
- 8.5.6. доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, включаючи доброякісні новоутворення шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ураження або запалення шкіри або підшкірної клітковини);
- 8.5.7. хронічні хвороби в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 8.5.8. 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);
- 8.5.9. 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);
- 8.5.10. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;
- 8.5.11. 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;
- 8.5.12. витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 8.5.13. витрати на лікарські засоби, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних умовах:
- 8.5.14. хондротин сульфат (M01A X25);
- 8.5.15. глюкозамін і хондротин сульфат (M01A X55\*\*);
- 8.5.16. інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату (M09);
- 8.5.17. бісфосфонати (M05B A);
- 8.5.18. інгібітори фактору некрозу пухлин альфа (L04AB);
- 8.5.19. антинеопластичні засоби (L01);
- 8.5.20. гіполіпідемічні засоби (C10);
- 8.5.21. інші психостимулюючі і ноотропні засоби (N06B X);
- 8.5.22. інші засоби, що застосовуються при деменції ( N06D X);
- 8.5.23. антитромботичні засоби (B01);
- 8.5.24. аналоги гонадотропін-рилізінг гормону (L02A E);
- 8.5.25. імуностимулятори (L03);
- 8.5.26. засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів (G04B C);
- 8.5.27. кислота урсодезоксихолева (A05A A02);
- 8.5.28. антигомотоксична терапія;
- 8.5.29. 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;



- 8.5.30. витрати на лікарські засоби для лікування дерматитів строком більше, як 30 днів, але не більше двох випадків лікування впродовж строку дії договору;
- 8.5.31. специфічна імунотерапія алергічних захворювань;
- 8.5.32. 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;
- 8.5.33. захворювання або загострення хронічного захворювання внаслідок інфікування вірусом COVID-19 в амбулаторних чи стаціонарних умовах.

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

- 8.6.1. транспортування в ЛПУ при організації медичної допомоги в плановому порядку та стоматологічній допомозі;
- 8.6.2. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах та інших подібних закладах;
- 8.6.3. 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;
- 8.6.4. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
- 8.6.5. оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару;
- 8.6.6. організація та оплата індивідуального сестринського поста;
- 8.6.7. 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);
- 8.6.8. вагітність в результаті екстракорпорального запліднення;
- 8.6.9. консультації лікарів поза робочим графіком;
- 8.6.10. використання Картки Застрахованої особи (індивідуальної пластикової картки) особою, яка не є власником індивідуальної пластикової картки, з метою отримання медичних послуг;
- 8.6.11. недотримання Застрахованою особою порядку дій при настанні страхового випадку, передбаченого п.6. Умов страхування та режиму ЛПУ, призначеного лікування без поважних на це причин;
- 8.6.12. надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відшкодування вартості послуг та витрат на благодійну допомогу або в якості благодійного внеску.

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

- 9.1. Застрахована особа має можливість отримати страхове відшкодування у формі компенсації самостійно витрачених коштів:
- 9.1.1. вартості самостійно оплачених послуг у ЛПУ, що не включені до медичної бази за умови виконання п.5.4.4. Умов страхування.
- 9.1.2. лікарських засобів, самостійно оплачених в аптечних закладах.
- 9.2. Для отримання страхового відшкодування (п.9.1.) Застрахована особа повинна надати Страховику не пізніше ніж через 60 (шістдесят) днів після закінчення дії Договору наступні документи:
- 9.2.1. 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;
- 9.2.2. 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;
- 9.2.3. акт виконаних робіт - документ, в якому перераховані всі надані послуги відповідно до діючого преїскуранта суб'єкта господарювання;
- 9.2.4. оригінал документу, що підтверджує факт оплати, який може бути представлений у вигляді:
- фіскального касового чеку;
  - квитанції до прибуткового касового ордеру;
  - 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 не ведення, втрату книги обліку доходів або книги обліку доходів та витрат»;
- квитанції банку у випадку безготівкової оплати;
- 9.2.5. копії реєстраційних документів суб'єкта господарювання:
- від суб'єктів господарювання, що перебувають на спрощеній системі оподаткування - Свідоцтва про сплату єдиного податку або витяг з реєстру платників єдиного податку;
  - від суб'єктів господарювання, що являються платниками податку на додану вартість - Свідоцтво про реєстрацію платника податку на додану вартість або витяг з реєстру платників податку на додану вартість;
  - ліцензії Міністерства охорони здоров'я із зазначенням дозволених видів медичної практики. Ліцензії нового зразка, які видаються без зазначення конкретних лікарських спеціальностей, необхідно доповнити Рішенням Ліцензійної комісії про присвоєння Ліцензії з переліком дозволених видів медичної практики (або копією Довідки (Відомостей) про стан матеріально-технічної бази);
  - витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб підприємців, включаючи інформацію про види діяльності по КВЕД.
- 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.
- 9.2.6. Завірена підписом копія громадянського паспорта: 1,2,3,4 сторінки та сторінка з реєстрацією проживання (при отриманні готівки в касі Страховика необхідно пред'явити оригінал);
- 9.2.7. копія довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номеру (ІПН);
- 9.2.8. 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.
- 9.3. Страховик має право змінити перелік документів для отримання страхового відшкодування з письмовим повідомленням про це Страхувальника, але виключно по страховим випадкам, що сталися після повідомлення Страхувальника про таку зміну.
- 9.4. Розрахунок суми повернення самостійно витрачених коштів відбувається наступним чином:
- 9.4.1. Якщо Страховик має можливість порівняти послуги, які Застрахована особа оплатила самостійно з аналогічними послугами/позиціями преїскуранту Розрахункової ЛПУ, то розрахунок страхового відшкодування здійснюється наступним чином:
- якщо ціни на отримані послуги не перевищують рівень цін Розрахункової ЛПУ, відшкодовується 100% вартості отриманих послуг;
  - якщо вартість отриманих послуг перевищує вартість аналогічних послуг Розрахункової ЛПУ, відшкодуванню підлягає лише та частина вартості послуг, яка відповідає ціновому рівню Розрахункової ЛПУ;
  - якщо за випадком чи за умовами надання послуг передбачена франшиза, відшкодування проводиться за мінусом франшизи.
- 9.4.2. Якщо у преїскуранті Розрахункової ЛПУ відсутня послуга/позиція, якою скористалася і яку самостійно оплатила Застрахована особа, і Страховик не може порівняти ці послуги з аналогічними послугами/позиціями преїскуранту Розрахункової ЛПУ, то Страховик відшкодовує 50% від вартості отриманої послуги.
- 9.5. 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.
- 9.6. 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.
- 9.7. Днем здійснення виплати страхового відшкодування самостійно витрачених коштів вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика або день здійснення виплати із каси Страховика.
- 9.8. 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 (шістдесят) робочих днів з дня отримання всіх документів.
- 9.9. Страховик має право відмовити у здійсненні страхового відшкодування у формі компенсації самостійно витрачених коштів (повністю або частково) у випадку:
- 9.9.1. 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;
- 9.9.2. 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;
- 9.9.3. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених договором, в тому числі невиконання умов п.6.2. Умов страхування;
- 9.9.4. 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.

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

10.1. Дія договору припиняється у разі:

- 10.1.1. закінчення строку дії договору;
- 10.1.2. виконання Страховиком договірних обов'язків у повному обсязі;
- 10.1.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 10.1.4. 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;
- 10.1.5. дострокового припинення дії договору страхування за вимогою сторін;
- 10.1.6. набрання законної сили судовим рішенням про визнання договору недійсним;
- 10.1.7. 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.6. 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.
- 10.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

10.2. Дія договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір дострокового припинення договору сторони зобов'язані повідомити одна одну письмовою Заявою із зазначенням дати дострокового припинення не пізніше ніж за 30 (тридцять) днів до дати можливого припинення договору, але не пізніше ніж за 90 (дев'яносто) днів до закінчення його строку дії.

10.3. 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. 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;

10.3.1. 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.

10.4. У випадку дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика останній повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

10.4.1. 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.

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

## 11. ФОРС-МАЖОР

11.1. 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)).

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

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

## 12. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

12.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію про:

- діяльність Сторін Договору та фінансові умови договору;
- захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування Застрахованої особи.

12.2. Сторони приймають всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків, передбачених законодавством України).

12.3. Страхувальник підписанням договору страхування звільняє ЛПУ від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно Застрахованої особи перед Страховиком.

## 13. ДОДАТКОВІ УМОВИ

13.1. Номера телефонів цілодобової служби медичного сервісу за якими звертатися при настанні страхового випадку:

**+38 (067) 214-00-03; +38 (050) 119-01-40; 0-800-214-003 (безкоштовно зі стаціонарних та мобільних телефонів)  
0-800-218-668 (для виклику бригади швидкої медичної допомоги).**

13.2. Все, що не знайшло відображення в Сертифікаті та цих Умовах договору страхування, регулюється Правилами страхування та законодавством України.

13.3. В разі виникнення розбіжностей між умовами договору страхування та Правилами – пріоритет має договір страхування.

13.4. Заява на страхування є невід'ємною частиною договору страхування, формується на підставі даних внесених Страхувальником з метою укладення електронного договору, підписується Страхувальником одноразовим ідентифікатором електронного підпису.

13.5. 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.

13.6. Після підписання договору всі попередні комерційні пропозиції, листування та/або протоколи про наміри з питань стосовно договору втрачають юридичну силу.

13.7. На виконання ст. 6, 10,11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник, як суб'єкт персональних даних, надає дозвіл АТ «СК «ІНГО», як Страховику, на обробку своїх персональних даних відповідно до мети їх обробки згідно Закону України «Про страхування», а також на поширення та внесення змін до персональних даних за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними.

13.8. Підписуючи цей договір Страхувальник підтверджує, що Страховик надав всю необхідну інформацію щодо надання Страховиком послуг із страхування та вартості цих послуг.

13.9. Страховик є платником податку згідно підпункту 141.1.2 пункту 141.1 статті 141 Податкового кодексу України.

13.10. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України

13.11. 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, 0160, тел: 0 800 505 240, Форма електронного звернення: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua)

### **Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів:**

Адреса: 01001, м. Київ, вул. Б. Грінченка, 1

тел. (044) 279 12 70, (044) 278 84 60, [www.consumer.gov.ua](http://www.consumer.gov.ua).

13.12. 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».

13.13. 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;
- кур'єром за адресами, зазначеними у Договорі, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення.
- 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.

13.14. 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.

#### **14. РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИСИ СТРАХОВИКА**

**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**

**Голова правління**

**АТ «СК «ІНГО»**



**Гордієнко І.М.**