

Редакція діє з 24 листопада 2025 року та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування Загальних умов страхового продукту

Інформаційний документ про стандартний страховий продукт
«КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»
»

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

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Повне найменування: ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО ДС» Скорочене найменування: ПрАТ «СК «АСКО ДС» Код ЄДРПОУ 13494943
3	Номер і дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	Державний реєстр фінансових установ з переліком фінансових послуг, які може надавати Страховик. Запис внесений Національним банком України (НБУ) 24.04.2024.
4	Місцезнаходження страховика	Україна, 04080, місто Київ, вулиця Новокосянтинівська, будинок 1В, 4 поверх
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	askods.com
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Страхування здійснюється за класами страхування: - Клас страхування 1 Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання), ризик в межах класу: страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання, відповідно до класифікації, визначеними статтею 4 Закону України «Про страхування» - Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Страхування на випадок хвороби» в межах цього класу страхування; - Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Медичне страхування» в межах цього класу страхування.

		Об'єкт страхування – життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи. Особами, у відношенні до яких укладається Договір страхування (Застрахованими особами), можуть бути фізичні особи віком від 1 року.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	1. Страхові ризики Страховими ризиками за Договором страхування, на випадок яких здійснюється страхування, можуть бути: 1.1. За класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» за ризиком «Страхування від нещасного випадку, включаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» у межах цього класу страхування: тимчасова втрата працездатності, травмування, інвалідність та/або смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. 1.2. За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком “Страхування на випадок хвороби” у межах цього класу страхування: розлад здоров'я, тимчасова втрата працездатності, інвалідність та/або смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби з числа зазначених в Договорі страхування. 1.3. За класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком “Медичне страхування” у межах цього класу страхування: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання або травма Застрахованої особи, що призвело до необхідності звернутися за консультативно-діагностичною, лікувально-оперативною медичною допомогою, а також за іншими медичними послугами та/або товарами медичного призначення на умовах, зазначених у Договорі страхування. 1.4. Договір страхування може бути укладений на випадок усіх або окремих ризиків з числа вищезазначених. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів. Договором страхування може бути передбачений обмежений перелік медичних послуг, витрати на отримання яких відшкодовуються Страховиком. Договір страхування може укладатися на умовах обмеженого набору причин та обставин настання страхового випадку. 2. Обмеження страхування Страхування не поширюється на випадки, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, що відбулися в результаті та/або в період та/або у зв'язку з наступними обставинами чи на території дії таких обставин: 2.1. Війни, всякого роду воєнних дій чи військових заходів і їх наслідків, громадянської війни, терористичних актів, народних хвилювань і страйків, революції, заколоту,

		повстання, масових безладів, групових порушень громадського порядку, дій військової чи цивільної влади. 2.2. Дії будь-якої вогнепальної, хімічної, біологічної, біохімічної або електромагнітної зброї та/або будь-яких боєприпасів, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. 2.3. Впливу ядерної енергії в будь-якій формі. 2.4. Захворювань, які мають характер епідемії (віспа, чума, холера, дифтерія, сибірська виразка тощо) при введенні карантину. 2.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші обмеження страхування, які не суперечать законодавству України.
9	Територія та строк дії договору страхування	1. Територія дії Договору страхування 1.1. Договір страхування діє на території України та обмежується територіями, підконтрольними органам державної влади України. 1.2. Договір страхування у будь-якому разі не діє під час перебування Застрахованої особи: - на тимчасово окупованій території України; - на території України, на якій органи державної влади України тимчасово не здійснюють або здійснюють не в повному обсязі свої повноваження; - на території, на якій ведуться або велися на момент події, яка може бути кваліфікована як страховий випадок, бойові дії, а також на території, що розташовані на лінії бойового зіткнення та розмежування; - на території, яка до моменту переміщення на цю територію особи, щодо якої укладено Договір стала зоною надзвичайної ситуації. 1.3. Договір страхування за домовленістю сторін може передбачати інші територіальні обмеження або включення територій, на які може поширюватися дія Договору страхування. 2. Строк дії Договору страхування 2.1. Договір страхування укладається на строк до 1 (одного) року. Мінімальний строк дії Договору страхування – 1 (один) місяць. Максимальний строк дії Договору страхування - 1 (один) рік. 2.2. Договір страхування набирає чинності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження на рахунок Страховика суми страхової премії (її першої частини) в повному обсязі, але не раніше 00 годин 00 хвилин дати, зазначеної як дата початку строку дії Договору. Договір діє до 24 годин 00 хвилин. дати, зазначеної як дата закінчення строку дії Договору.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (лімітів відповідальності)

		Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування. Мінімальний розмір страхової суми не обмежений. Максимальний розмір страхової суми, яка може бути визначена за Договором страхування, не встановлюється. Страхова сума може бути встановлена єдиною за Договором страхування або за кожним страховим ризиком та/або страховим випадком, або за групою страхових випадків. Ліміти відповідальності, їх розміри протягом дії Договору страхування встановлюються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування. Ліміти відповідальності можуть бути встановлені за страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, на інші складові виплат за Договором страхування (на види медичної допомоги, на види послуг, на відшкодування витрат на медикаменти тощо).
11	Франшиза	Не передбачена
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	1. Розмір страхової премії визначається шляхом добутку страхового тарифу та страхової суми, зазначеної в Договорі страхування. Конкретний розмір страхової премії зазначається в Договорі страхування. 2. Конкретний розмір страхового тарифу визначається за згодою сторін та зазначається в Договорі страхування. Страховий тариф визначається залежно від набору страхових ризиків, порядку визначення розміру страхових виплат, розміру страхових сум, розміру лімітів, передбачених на кожний окремий вид послуг, строку та території дії Договору страхування, віку, роду діяльності та занять Застрахованої особи, кількості Застрахованих осіб, інших факторів, що впливають на ризик. Мінімальний розмір страхового тарифу становить 0,01% страхової суми. Максимальний розмір страхового тарифу становить 90% страхової суми.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Сплата страхової премії може здійснюватися одноразово або частинами. Порядок сплати та розмір страхової премії (її частин), строки сплати визначаються в Договорі страхування. Сплата страхової премії або першої її частини, якщо умовами Договору страхування буде передбачена розстрочена оплата, здійснюється до дати вступу в дію Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

		Конкретні строки сплати частин страхової премії, якщо умовами Договору страхування буде передбачена розстрочена оплата, зазначаються в Договорі страхування.
14	Обов'язки сторін	1. Страхувальник зобов'язаний: 1.1. Сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені Договором страхування. 1.2. При укладенні Договору страхування надавати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику. 1.3. Протягом строку дії Договору страхування повідомляти Страховика про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, та/або інших обставин, що впливають на ймовірність настання страхового випадку або розмір можливих збитків. 1.4. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування. 1.5. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку. 1.6. Вживати заходів для забезпечення Страховику можливості скористатися правом вимоги до особи, винної у заподіянні збитків, надавати Страховику всі необхідні документи та повідомляти інформацію, необхідну для реалізації Страховиком права вимоги до винних осіб, що спричинили настання страхового випадку. 1.7. Повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування). 1.8. До укладення Договору про страхування іншої особи (Застрахованої особи), ознайомити її з умовами Договору та отримати її згоду на страхування, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Діти віком від 1 року до 16 років можуть бути застраховані з відома та за згодою їх батьків або опікунів. 1.9. Повідомити Застраховану особу (якщо Застрахована особа не є Страхувальником) про укладений на її користь Договір страхування. 1.10. Поінформувати Застраховану особу про умови Договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку. 1.11. У разі відмови в наданні медичних послуг у лікувальному закладі, куди особу, щодо якої укладено Договір страхування, було направлено Страховиком, або надання неякісних послуг, протягом 3 (трьох) робочих днів сповістити про це Страховика. 1.12. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника. 2. Страховик зобов'язаний: 2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.

		2.2. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов Договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим. 2.3. У разі настання страхового випадку, у передбачений Договором строк: 2.3.1. Вжити заходів по оформленню всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати. 2.3.2. Ухвалити рішення щодо страхової виплати або відмови у страховій виплаті. 2.3.3. Здійснити страхову виплату в строк, передбачений Договором страхування. У разі нездійснення страхової виплати в строк, передбачений Договором страхування Страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування. 2.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника і Застраховану особу та їх майнове становище і стан здоров'я, одержані ним внаслідок своєї професійної діяльності, крім випадків, встановлених законом. 2.5. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, та не розголошувати таку інформацію з урахуванням вимог статті 113 Закону України «Про страхування», за винятком випадків, передбачених законодавством України та умовами цього Договору. 2.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	1. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: 1.1. Закінчення строку дії Договору. 1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. 1.3. Несплати Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлений Договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у Договорі страхування останнім днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору. 1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування». 1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України. 1.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. 1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування. 2. Дія Договору страхування може бути достроково припинена:

		2.1. За вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.. 2.2. Максимальний розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору страхування, складає 70% страхового тарифу. 2.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави припинення його дії, які не суперечать законодавству України та цим Загальним умовам. 2.4. Повернення сплаченої страхової премії або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим розділом Загальних умов, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування або додатковою угодою Сторін. 2.5. При достроковому припиненні дії Договору страхування, за яким залишилися неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. 3. Страхувальник має право відмовитися від Договору страхування протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня його укладання без пояснення причин, крім:
--	--	--

		1) Договору, строк дії якого становить менше 30 (тридцяти) календарних днів; 2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за таким Договором страхування. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі. При цьому Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання такої заяви, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. 4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші випадки припинення його дії, які не суперечать законодавству України.
16.	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, <u>при страхуванні від нещасного випадку</u> Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: 1.1. Невідкладно звернутися до медичного закладу за необхідною медичною допомогою для Застрахованої особи та документально зафіксувати факт такого звернення. 1.2. Вжити всіх можливих заходів для запобігання збільшенню обсягу фізичної шкоди, заподіяної життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи у зв'язку із настанням події. 1.3. Якщо цього вимагають причини та наслідки події, у найкоротший строк, але не пізніше 24 годин з моменту її настання, повідомити про подію відповідні компетентні органи (Національну поліцію України або інші органи МВС, ДСНС тощо), та викликати на місце події їхніх представників, дочекатися і отримати від них документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання події та її наслідки. 1.4. Невідкладно, але не пізніше, ніж протягом 3-х діб з моменту настання страхового випадку повідомити Страховику про факт настання, причини, місце, обставини події, що трапилася, та наслідки події, характер заподіяної шкоди, ступінь важкості ушкоджень, травм, завданих Застрахованій особі із зазначенням номеру Договору страхування та ПІБ Застрахованої особи. Повідомлення про подію, що сталася, надається Страховику телефонним зв'язком на номери Контакт-центру цілодобово +38 050 450 15 60, 0 800 50 15 60, якщо інше не зазначено в Договорі страхування. Повідомлення про настання страхового випадку може бути здійснено іншою особою (працівниками лікувальних закладів, родичами Застрахованої особи тощо). Недотримання вищезазначених строків повідомлення є припустимим з поважних причин, у випадку коли Страхувальник (Застрахована особа) не мав(-ла) фізичної можливості вчасно це зробити, що має бути обґрунтовано та підтверджено документально. Кваліфікація причини як «поважної» або «неповажної» здійснюється Страховиком

		або уповноваженим органом України. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин, надає останньому право відмовити у страховій виплаті. 1.5. Виконати всі дії або забезпечити виконання Застрахованою особою усіх дій, необхідних для проходження лікування. 1.6. Надати Страховику можливість проводити самостійне розслідування причин та обставин страхового випадку, включаючи отримання детальної і достовірної інформації, пов'язаної із страховим випадком (в тому числі що є комерційною таємницею). 1.7. Скласти акт про нещасний випадок, що стався з Застрахованою особою, якщо відповідна подія трапилася на виробництві або під час перебування Застрахованої особи на роботі (для Страхувальників, що уклали колективні Договори страхування). 1.8. Надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт, причину і обставини страхового випадку. 1.9. Надати Страховику на його вимогу або за направленням Страховика можливість провести обстеження Застрахованої особи або експертизу, якщо Страховик проводить власне розслідування причин та обставин події, про яку йому заявлено. 1.10. Виконувати інші дії, передбачені умовами Договору страхування. 2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, <u>при страхуванні на випадок хвороби</u> Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: 2.1. Протягом строку, зазначеного в Договорі страхування, повідомити Страховика про факт та обставини настання події, що трапилася, із зазначенням номеру Договору страхування та ПІБ Застрахованої особи. Повідомлення про подію, що сталася, надається Страховику телефонним зв'язком на номери Контакт-центру цілодобово +38 050 450 15 60, 0 800 50 15 60, якщо інше не зазначено в Договорі страхування. Повідомлення про настання страхового випадку може бути здійснено іншою особою (працівниками лікувальних закладів, родичами Застрахованої особи тощо). 2.2. Виконати всі дії або забезпечити виконання Застрахованою особою усіх дій, необхідних для проходження лікування. 2.3. За направленням Страховика Застрахована особа зобов'язана пройти медичне обстеження або експертизу, якщо Страховик проводить власне розслідування причин та обставин події, про яку йому заявлено. 2.4. Надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт, причину і обставини страхового випадку. 3. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, <u>при страхуванні за ризиком «медичне</u>
--	--	--

		<u>страхування»</u> Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний: 3.1. Невідкладно до звернення в медичний заклад повідомити Страховика про це за контактними даними Страховика, вказаними в Договорі страхування (за телефонами Контакт-центру Страховика, цілодобового +38 050 450 15 60, 0 800 50 15 60, якщо інше не зазначено в Договорі страхування) із зазначенням номеру Договору страхування та ПІБ Застрахованої особи, стану здоров'я та іншої інформації за проханням Страховика. Таке повідомлення розглядається як заява про страхову виплату шляхом надання медичних послуг на умовах Договору страхування. Повідомлення про настання страхового випадку може бути здійснено іншою особою (родичами Застрахованої особи тощо), яка володіє повною та достовірною інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи. В день отримання повідомлення про настання страхового випадку Страховик повідомляє особу, що звернулася до Страховика, про порядок отримання медичної послуги (час, лікувальний заклад, спеціалізація лікаря, необхідність та порядок підготовки до діагностики або огляду лікаря тощо). У разі необхідності надання екстреної медичної допомоги Страховик організовує надання медичної послуги невідкладно. 3.2. Погоджувати зі Страховиком всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі обумовлених Договором страхування подій. 3.3. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Страховика. 3.4. Застрахована особа зобов'язана чітко дотримуватися вказівок Страховика/ представника Страховика щодо порядку отримання медичної послуги. 3.5. Надання медичних послуг, передбачених Договором страхування, здійснюється лікувальним закладом за вказівкою Страховика, відповідно до умов договору про обслуговування Застрахованих осіб, укладеного Страховиком з таким закладом. 3.6. Якщо немає можливості невідкладно повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити Страховика про настання страхового випадку як тільки це стане можливим та отримати погодження Страховика на придбання медикаментів та/або медичних послуг за власний рахунок для подальшого відшкодування витрат за рахунок страхової виплати. За відсутності такого погодження, Страховик має право відмовити у відшкодуванні понесених медичних витрат. 4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші дії Страхувальника та/або Застрахованих осіб або інший порядок дій при настанні події, що має ознаки страхового випадку, залежно від умов страхування, які були обрані при укладення Договору страхування.
--	--	---

		5. Детальний порядок звернення та отримання медичної допомоги Застрахованою особою зазначається в Договорі страхування.
18	Порядок здійснення страхових виплат	Порядок здійснення страхових виплат 1. Договором страхування визначається перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, а також форма, спосіб та порядок подання таких документів. 2. Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за Договором страхування, покладається на Страхувальника або на особу, що звернулася до Страховика для отримання страхової виплати. 3. Здійснення страхової виплати проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви одержувача страхової виплати (Застрахованої особи, її спадкоємців або Вигодонабувачів, визначених Договором страхування) і рішення Страховика про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати (Страхового акту). 4. До заяви Страховику подаються, зокрема, такі документи:: - Договір страхування; - документи, що дозволяють ідентифікувати особу отримувача страхової виплати (паспорт, ідентифікаційний код (РНОКПП) - для фізичної особи; витяг та/або випуску з ЄДР – для юридичної особи тощо). 4.1. Документ, що підтверджує настання страхового випадку: - Акт про нещасний випадок (якщо страховий випадок стався на виробництві або під час перебування Застрахованої особи на роботі) або інший документ компетентних органів, що підтверджує факт, причини та обставини нещасного випадку; - у разі тимчасової втрати працездатності та/або необхідності лікування Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком - документ, що засвідчує факт отримання травми, тимчасову втрату працездатності та строк лікування (довідка медичного закладу, що підтверджує знаходження на лікуванні із вказівкою ПІБ, діагнозу, дати настання страхового випадку, строку лікування, завірена підписом і печаткою лікаря, та/або належним чином завірена копія листа непрацездатності / витяг з е-лікарняного); - у разі тимчасової втрати працездатності та/або необхідності лікування Застрахованої особи у зв'язку з захворюванням - документ, що засвідчує факт захворювання, тимчасову втрату працездатності та строк лікування (довідка медичного закладу, що підтверджує знаходження на лікуванні, із вказівкою ПІБ, діагнозу, дати настання страхового випадку, строку лікування, завірена підписом і печаткою лікаря, та/або належним чином завірена копія листа непрацездатності / витяг з е-лікарняного);

		- у разі отримання інвалідності - документ, що засвідчує факт отримання травми або факт захворювання, висновок/ довідка надана експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО) про групу інвалідності, а також документ (довідка), що дозволяє встановити зв'язок між травмою або захворюванням та групою інвалідності; - у разі смерті Застрахованої особи – копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи, довідку з зазначенням причини смерті (у разі відсутності причини у свідоцтві про смерть); документ, що дозволяє встановити зв'язок між травмою або захворюванням, на випадок якого укладений Договір страхування, та смертю Застрахованої особи (якщо між датою події та смерті більше 30 днів), свідоцтво про право на спадщину, завірене належним чином; - первинна облікова документація лікувального закладу щодо Застрахованої особи (витяг з медичної карти амбулаторного хворого, витяг з медичної карти стаціонарного хворого, консультативний висновок спеціаліста тощо). 4.2. Документ, що підтверджує вартість отриманої та оплаченої медичної послуги: - рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги Застрахованій особі у зв'язку з настанням страхового випадку; - розрахункові документи (квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери) щодо оплати Застрахованою особою або на користь такої особи медичних послуг та/або медикаментів, відповідно до умов Договору страхування, необхідність придбання (отримання) яких підтверджена відповідними документами підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг (направлення, рецепти, виписки з призначеннями лікаря з історії хвороби або амбулаторної картки) тощо. 4.3. У випадку необхідності грошової компенсації самостійно здійснених Застрахованою особою витрат: - документ, що підтверджує сплату рахунку ЛЗ Застрахованою особою, що містить: ПІБ особи, що сплатила, суму й дату сплати; - рецепт на медикаменти, виданий лікарем, завірений підписом і особистою печаткою лікаря із вказівкою місця лікування (у випадку надання у паперовій формі), датою надходження на лікування, або Довідка ЛЗ, що підтверджує знаходження Застрахованої особи на лікуванні, і призначення медикаментів лікарем; - товарний чек на придбані медикаменти, що містить: ПІБ одержувача медикаментів; найменування, кількість, ціну медикаментів; дату придбання; підпис особи, що виписала товарний чек; печатка аптеки; фіскальний чек;
--	--	--

		- направлення на діагностичне обстеження; - товарний чек на сплату проведеного обстеження, що містить: ПІБ обстежуваної особи; найменування діагностичного обстеження, ціну, дату обстеження; підпис особи, що виписала товарний чек; печатка ЛЗ; фіскальний чек; 4.4. Акт уповноваженого органу, на підставі якого припиняється, призупиняється провадження, розслідування або слідство по справам про адміністративне або кримінальне правопорушення. 4.5. Інші документи або додаткові відомості, зазначені в Договорі страхування. 4.6. Збір документів, необхідних для оформлення страхової виплати, може бути частково виконаний Страховиком за його рішенням. 4.7. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином. 6. Розрахунок розміру страхових виплат Порядок визначення розміру страхових виплат при настанні страхового випадку зазначається в Договорі страхування. Умовами Договору страхування може бути передбачений наступний порядок визначення розміру страхової виплати: 6.1. <u>При страхуванні від нещасного випадку</u> Страховик здійснює страхові виплати в розмірах, визначених Договором страхування. 6.1.1. У разі травми Застрахованої особи Договором страхування може передбачатися один з двох варіантів визначення розміру страхових виплат: 6.1.1.1. В залежності від важкості травми у розмірі відповідного відсотку від страхової суми відповідно до "Таблиці ушкоджень здоров'я внаслідок нещасного випадку та розмірів страхових виплат за страховими випадками", затвердженій Страховиком. 6.1.1.2. У встановленому Договором розмірі виплати за кожен день непрацездатності (лікування – для дітей та непрацюючих осіб) в межах ліміту, передбаченого Договором страхування. Виплата за кожен день непрацездатності та/або лікування може визначатися у фіксованому розмірі в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми Застрахованої особи. Якщо інше не передбачено Договором страхування, максимальний строк, на який розраховується така виплата, складає 120 днів. 6.1.2. У разі стійкого розладу здоров'я Застрахованої особи та встановлення інвалідності у зв'язку із отриманою травмою, страхові виплати здійснюються у фіксованому розмірі в абсолютній величині, зазначеній в Договорі страхування, або у відсотках від страхової суми. Якщо інше не передбачено Договором страхування, суми виплат складають: - за інвалідність 3-ої групи - 50% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж травмою;
--	--	---

		-за інвалідність 2-ої групи - 65% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж травмою; -за інвалідність 1-ої групи - 80% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж травмою; - за інвалідність з дитинства (особам до 18 років) - 80% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж травмою. Встановлення інвалідності Застрахованій особі вважається страховою подією відповідно до цих Загальних умов, якщо це сталося в результаті нещасного випадку протягом одного року після настання нещасного випадку, який призвів до травми такої особи. 6.1.3. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок отриманої травми страхова виплата визначається у фіксованому розмірі в абсолютній величині, зазначений в Договорі страхування, або в розмірі 100% страхової суми такої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат за Договором страхування у зв'язку з страховими подіями, що сталися з такою особою. Смерть Застрахованої особи вважається страховою подією відповідно до цих Загальних умов, якщо вона сталося в результаті та під час нещасного випадку (загибель Застрахованої особи) або протягом одного року після нещасного випадку, який призвів до травми такої особи. 6.2. <u>При страхуванні на випадок хвороби:</u> 6.2.1. У разі захворювання Застрахованої особи хворобою, зазначеною в Договорі страхування, може передбачатися один з двох варіантів визначення розміру страхових виплат: 6.2.1.1. У фіксованому розмірі, в залежності від захворювання, у розмірі відсотку від страхової суми, зазначеному в Договорі страхування. 6.2.1.2. У встановленому Договором розмірі виплати за кожен день непрацездатності (лікування – для дітей та непрацюючих осіб) в межах ліміту, передбаченого Договором страхування. Виплата за кожен день непрацездатності та/або лікування може визначатися у фіксованому розмірі в абсолютній величині або у відсотках від страхової суми Застрахованої особи. Якщо інше не передбачено Договором страхування, максимальний строк, за який розраховуються такі виплати, складає 120 днів. 6.2.2. У разі стійкого розладу здоров'я Застрахованої особи та встановлення інвалідності у зв'язку із хворобою, передбаченою Договором страхування, страхові виплати здійснюються у фіксованому розмірі в абсолютній величині, зазначений в Договорі страхування, або у відсотках від страхової суми. Якщо інше не передбачено Договором страхування, суми виплат складають: -за інвалідність 3-ої групи - 50% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж хворобою;
--	--	---

		-за інвалідність 2-ої групи - 65% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж хворобою; -за інвалідність 1-ої групи - 80% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж хворобою; - за інвалідність з дитинства (особам до 18 років) - 80% від страхової суми Застрахованої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат у зв'язку із цією ж хворобою. Якщо інше не передбачено Договором страхування, то встановлення інвалідності Застрахованій особі вважається страховою подією, якщо це сталося протягом одного року після первісного виявлення протягом строку дії Договору страхування хвороби, на випадок якої укладений Договір страхування. 6.2.3. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби страхова виплата визначається у фіксованому розмірі в абсолютній величині, зазначеній в Договорі страхування, або в розмірі 100% страхової суми такої особи за винятком раніше здійснених страхових виплат за Договором страхування у зв'язку з страховими подіями, що сталися з такою особою. Якщо інше не передбачено Договором страхування, смерть Застрахованої особи вважається страховою подією відповідно до цих Загальних умов, якщо вона сталося в результаті та під час хвороби, що сталася протягом строку дії Договору страхування або протягом одного року після первісного виявлення протягом строку дії Договору страхування хвороби, на випадок якої укладений Договір страхування. 6.3. <u>При страхуванні за ризиком «медичне страхування»</u> Страховик здійснює страхову виплату на користь особи, щодо якої укладено Договір страхування, шляхом: 6.3.1. Організації надання медичної послуги, передбаченої Договором страхування, в лікувальних закладах відповідного профілю та рівня послуг з числа тих, з якими Страховиком укладено Договори про обслуговування Застрахованих осіб. 6.3.2. Грошової компенсації погоджених із Страховиком витрат на лікування Застрахованої особи на придбання медикаментів чи оплату медичної послуги. 6.3.3. Загальна вартість медичних послуг, наданих Застрахованій особі, та сума грошових компенсацій, відшкодованих за лікування такої особи, не може перевищувати страхової суми та лімітів відповідальності Страховика для певного виду медичних послуг, встановлених за Договором страхування щодо Застрахованої особи. Вартість наданих медичних послуг визначається на підставі рахунків лікувальних закладів. 7. Загальна сума виплат за одним або за декількома страховими випадками, що відбулися в період дії Договору страхування із Застрахованою особою, за кожним зі страхових ризиків не може перевищувати страхову суму за відповідним ризиком, встановлену за Договором страхування для такої особи (якщо Договором страхування
--	--	---

		встановлені окремі страхові суми за кожним з страхових ризиків). 8. Вимога про виплату може бути пред'явлена Страховику протягом одного року після закінчення строку дії Договору страхування.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	1. Страховими випадками не є події, що сталися внаслідок: 1.1. Загострення у Застрахованої особи епілепсії, психічних захворювань. 1.2. Здійснення Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлений склад злочину. 1.3. Керування транспортним засобом або передачі керування іншій особі, якщо Застрахована або інша особа знаходилися в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також передачі керування транспортним засобом особі, що не мала прав водія. 1.4. Перебування Застрахованої особи в транспортному засобі, керованому особою, що свідомо для Застрахованої особи знаходилася в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або не мала посвідчення водія відповідної категорії. 1.5. Дій Застрахованої особи, скоєних в стані істотного погіршення психічного сприйняття внаслідок вживання алкоголю та його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин, прийнятих з метою або в стані сп'яніння. 1.6. Отруєння внаслідок вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних, токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря, прийнятих з метою або в стані сп'яніння. 1.7. Самогубства або наслідків замаху Застрахованої особи на самогубство. 1.8. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень. 2. Страховими випадками не є події, що сталися: - в період проходження Застрахованою особою, щодо якої укладено Договір страхування, військової служби, підготовки чи вишколу; - в період застосування до Застрахованої особи запобіжного заходу у вигляді арешту, тримання під вартою, затримання або ув'язнення такої особи. 3. Страховими випадками не вважаються, якщо інше не передбачено Договором страхування; 3.1. Захворювання, пов'язані з пластичними та іншими косметологічними операціями та ускладненнями після таких операцій. 3.2. Захворювання, пов'язані з усуненням недоліків зовнішності або фігури. 3.3. Захворювання, які потребують психоаналітичного або психотерапевтичного лікування. 3.4. Хронічні захворювання, які відносяться до постійних та довготривалих медичних станів: ерозія, дисплазія шийки матки, нефроптоз, гепатоз, хвороби крові та кровотворення, хронічні хвороби периферійних судин (варикозна хвороба, вегето-судинна дистонія, облітеруючий ендартеріїт тощо);

		хронічна ниркова недостатність (штучна нирка), хронічний простатит, везикуліт, вікові дегенеративно-дистрофічні зміни та захворювання, в т.ч. деформуючий остеоартроз, макулодистрофія, атеросклероз, кардіосклероз, пневмосклероз, плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні стопи, остеопороз, анкілозуючий спондилоартроз, хронічні алергічні розлади. 3.5. Хронічна ниркова недостатність (штучна нирка), хронічний простатит, везикуліт, вікові дегенеративно-дистрофічні зміни та захворювання, в т.ч. деформуючий остеоартроз, макулодистрофія, атеросклероз, кардіосклероз, пневмосклероз, плоскостопість, клишоногість, кривошия, вальгусні стопи, остеопороз, анкілозуючий спондилоартроз, хронічні алергічні розлади. 3.6. Вірусні гепатити хронічні гепатити, цироз, саркоїдоз. 3.7. Захворювання, у зв'язку з якими особі, щодо якої укладено Договір страхування, до початку строку страхування встановлена і не знята ступінь втрати професійної працездатності у відсотках. 3.8. Психічні захворювання та їх наслідки, пограничні стани, психологічні розлади. 3.9. Вроджені аномалії, вади розвитку, генетичні та спадкові захворювання та їх ускладнення. 3.10. СНІД та погіршення стану здоров'я, пов'язані із ВІЛ-інфікуванням 3.11. Особливо небезпечні інфекції згідно Наказу МОЗ України №1724 від 09.10.2024 року (віспа, чума, холера, дифтерія, сибірська виразка та інші) та захворювання, пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів. 3.12. Вагітність та погіршення стану здоров'я, спричинене вагітністю, штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями в разі, якщо воно спричинено нещасним випадком, що стався із Застрахованою особою під час дії Договору страхування). 3.13. Чоловіче чи жіноче безпліддя, будь-які заходи щодо регулювання запліднюваності, народжуваності та/або порушень статевої функції, в т.ч. визначення гормонів репродуктивної панелі, діагностика/лікування дисгормональних станів (аденома простати, ендометріоз, фіброміома, мастопатія тощо), клімактеричний синдромом, порушення менструального циклу, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, метаболічний синдром, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемія, тестування вагітності тощо. 3.14. Оперативні втручання, лікування та інші заходи, пов'язані зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами. 3.15. Відмови від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотримання призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму. 3.16. Лікування у особи, що не має відповідного документа, що підтверджує право на надання медичної допомоги відповідної лікарської спеціалізації.
--	--	--

		3.17. Протезування, імплантація, пересадження донорських органів. 3.18. Самолікування або лікування в лікувальних закладах та/або окремих лікарів, які не мають ліцензії на медичну діяльність, або яке здійснювалось без погодження зі Страховиком чи його офіційним представником. 3.19. Хронічне захворювання, яке виникло до початку дії Договору страхування (незалежно від часу діагностування), крім випадків виникнення під час дії Договору страхування загострення такого захворювання, яке несе пряму загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи. 3.20. Професійні захворювання. 3.21. Виробничі травми. 3.22. Медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії Договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії Договору. 4. Страховик не покриває та не відшкодовує витрати, якщо інше прямо не передбачене умовами Договору страхування, пов'язані з: 4.1. Отриманням медичних послуг без погодження з Страховиком та/ або не передбачених Програмою страхування та/ або після закінчення строку дії Договору страхування, в тому числі при достроковому припиненні його дії. 4.2. Отриманням медичних інструментів, пристроїв та товарів медичного призначення (спринцівки, інгалятори, тонометри, термометри, контейнери, пробірки, рукавиці, халати, бахіли тестери тощо), ортопедичних засобів та посібників (бандажі, корсети, ортези, ортопедичне взуття, милиці, м'який медичний інвентар тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених чи відсутніх органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції та пристосування для металостеосинтезу тощо). 4.3. Використанням методів нетрадиційної медицини (фітотерапії, гомеопатії, лікування біологічно активними добавками, акупунктури, гідро-процедур, діагностики та лікування за методом Фоля/Накатані, мікрохвильової/інформаційної терапії, еферентних методів, гіпнозу тощо). 4.4. Сплатою внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній. 4.5. Медичними послугами та медикаментами, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами МОЗ. 4.6. Плановим видаленням металоконструкцій (за винятком випадків, коли металоконструкція встановлена в період дії Договору страхування). 4.7. Лікуванням в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах. 4.8. Медикаментами, які надаються за програмою «Доступні ліки». 4.9. Медикаментами, які призначені для постійного довічного застосування. 5. Підставою для відмови у здійсненні страхових виплат є:
--	--	---

		5.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування (Застрахованої особи або Вигодонабувача), спрямованих на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями. 5.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку. 5.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику. 5.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних причин, створення Страховику перешкод або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості для Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або оцінити його наслідки для Застрахованої особи. 5.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про причини, обставини, наслідки страхового випадку. 5.6. Відсутність погодження із Страховиком самостійно здійснених витрат за медичні послуги, надані Застрахованій особі. 5.7. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування. 5.8. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до погіршення стану її здоров'я. 5.9. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеним Страховиком після настання страхового випадку або непроходження обстеження в визначений Страховиком термін. 6. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків, обмеження страхування та підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, які не суперечать законодавству України.
20.	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог Цивільного кодексу України, встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі. У паперовій формі Договір укладається на паперовому носії за формою Страховика у двох автентичних примірниках, по одному для кожної із сторін, які підсуються всіма сторонами, які мають однакову юридичну силу і зберігаються по одному примірнику в кожній зі сторін.
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	Головний офіс Відокремлені підрозділи компанії

		<u>Страхові посередники згідно Реєстру</u> Перелік страхових посередників та інформація про відокремлені структурні підрозділи Страховика розміщені на вебсайті Страховика в <u>розділі «Інформація про відокремлені структурні підрозділи та страхових посередників»</u>.
23	Інша інформація про страховий продукт	Договір страхування не є додатковим до інших товарів, робіт та послуг, які не є страховими. Договором страхування не передбачено додаткові чи супутні послуги Страховика та/або третіх осіб, пов'язані з укладанням Договору страхування.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Договір страхування Повна інформація про стандартний страховий продукт викладена в Загальних умовах страхового продукту «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я», редакція яких діє з 24.11.2025 року, затверджених Наказом Голови правління ПрАТ «СК «АСКО ДС» SN№ 44 від 27.10.2025 року, що розміщені на вебсайті Страховика за посиланням: <u>https://askods.com/share/2025/zu_kompleksne_zdorov_104_01.pdf</u>