

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

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «КОМПЛЕКСНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»

Цей документ до страхового продукту «Комплексне страхування здоров'я» (далі – Загальні умови) розроблений та затверджений Страховиком згідно з вимогами Закону України №1909-IX від 18.11.2021 «Про страхування» (далі – Закон України «Про страхування»), нормативно-правових актів Національного банку України, а також внутрішніх документів Страховика.

Страхування здійснюється ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО ДС» за страховим продуктом ««Комплексне страхування здоров'я» за всіма або окремими класами страхування відповідно до класифікації, визначеною статтею 4 Закону України «Про страхування», із зазначених нижче:

- за Класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)» за ризиком «Страхування від нещасного випадку, уключаючи страхування на випадок виробничої травми та професійного захворювання» в межах цього класу страхування;

- за Класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Страхування на випадок хвороби» в межах цього класу страхування;

- за Класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Медичне страхування» в межах цього класу страхування.

Умови страхування (обсяг страхового покриття, включаючи конкретний перелік страхових ризиків, страхових випадків, обмежень страхування, перелік Застрахованих осіб, місце та час дії Договору страхування, а також інші умови) визначаються в Договорі страхування при його укладенні відповідно до цих Загальних умов.

Загальні умови страхового продукту є основою для укладення Договору страхування враховуючи потреби в страхуванні, з урахуванням його складності, особливостей та специфіки.

Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, є стандартним страховим продуктом.

Страховик розробляє, затверджує та надає Страхувальнику уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про стандартний страховий продукт, крім цього надає Страхувальнику стислий Інформаційний документ про страховий продукт.

Інформація про страховий продукт надається Страхувальнику в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на вебсайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

Договір страхування, укладений на підставі цих Загальних умов, не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору

страхування відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за таким Договором.

Інформаційна взаємодія між сторонами здійснюється засобами пошти або електронної пошти шляхом направлення повідомлень за адресами, вказаними в Договорі страхування або в Повідомленні про подію або в Заяві про виплату.

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг страхового покриття та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, якщо це не суперечить Закону.

Зміни до Загальних умов вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким самим чином, що й нові Загальні умови страхового продукту.

Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту, попередня редакція таких загальних умов припиняє свою дію. Нові Договори страхування за страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

Договір страхування, укладений за попередньою редакцією Загальних умов страхового продукту, продовжує діяти на загальних умовах, відповідно до яких він був укладений, до закінчення строку його дії.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. Терміни, які використовуються по тексту цих Загальних умов та в Договорі страхування (Договорі), укладених відповідно до цих Загальних умов, вживаються у наступному значенні:

1) Амбулаторно-поліклінічні умови — система організації надання медичних послуг Застрахованим особам, клінічний стан яких не потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час лікування та постійного перебування Застрахованої особи в медичному закладі протягом усього призначеного курсу лікування.

2) Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає допомогу (асистуючі послуги) Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування.

3) Витрати на діагностику - витрати, понесені особою, щодо якої укладено Договір страхування, на діагностику, призначену лікуючим лікарем відповідно до протоколів лікування, і відповідну діагнозу.

4) Витрати на медикаменти - витрати, понесені особою, щодо якої укладено Договір страхування, на медикаменти та предмети медичного призначення, призначені лікуючим лікарем відповідно до протоколів лікування, відповідні діагнозу, і використані в період лікування.

5) Діагностика – загальноклінічні й біохімічні дослідження крові й інших біологічних рідин; імуноферментальні, імунологічні, радіоімунологічні дослідження; дослідження на онкомаркери (PIA, ІФА) рентгено- комп'ютерна томографія; ядерно-магнітно-резонансне дослідження; ендоскопічні дослідження, ендоскопічна рН-метрія; ультразвукові дослідження; функціональні дослідження (ЕКГ, спірометрія); термографія; бактеріологічні дослідження; цитоморфологічні і цитогістологічні дослідження; спіральний комп'ютер; метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР); скринінг алергічних захворювань; електроенцефалограма, реоенцефалограма, комп'ютерна електроенцефалографія головного мозку; ректороманоскопія; безконтактна тонометрія; автокераторефрактометрія.

6) Декларація про стан здоров'я – заява-анкета про стан здоров'я Застрахованої особи щодо наявності / відсутності обставин, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику стосовно такої Застрахованої особи (щодо наявності хронічних хвороб, Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

наслідків травм, перенесених захворювань протягом останніх 3-5 років). Декларація про стан здоров'я подається, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

7) Денний стаціонар — система організації надання медичних послуг Застрахованим особам, клінічний стан яких потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час лікування (виконання маніпуляцій, процедур) лише в денний період без необхідності знаходження Застрахованої особи в медичному закладі цілодобово.

8) Життєво важливі органи - це серце, мозок, легені, нирки та печінка.

9) Захворювання — реакція організму на вплив хвороботворних або інших факторів, що призвели до тимчасового або стійкого розладу здоров'я або смерті. Захворювання — вперше або повторно клінічно встановлений стан здоров'я Застрахованої особи, включений в розділи I – IV, VI – XIV, XIX під кодами від T79-98 МКХ-10.

10) Захворювання гостре — раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

11) Захворювання хронічне — захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше як тричі на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами і функціональними розладами тканин та органів.

12) Загострення хронічного захворювання — це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого є суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), яке за відсутності медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованої особи і потребує негайної медичної допомоги.

13) Інвалідність — стійке порушення функціонування організму, що привело до соціальної недостатності (дезадаптації), що кваліфікується експертною командою з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО) як інвалідність 1, 2 або 3 групи або інвалідність з дитинства.

14) Лікування - комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, який виконується відповідно до діючих стандартів медичної допомоги лікарем або за його вказівкою іншими особами.

15) Лікування з цілодобовою госпіталізацією (цілодобовий стаціонар) — лікування з встановленням цілодобового лікарського спостереження.

16) Лікування з денною госпіталізацією (денний стаціонар) - лікування з встановленням денного лікарського спостереження.

17) Лікування без госпіталізації (амбулаторно-поліклінічне лікування) - лікування без встановлення постійного лікарського спостереження.

18) Лікування оперативне - комплекс дій щодо тканин або органів людини, проведених з метою лікування, виконуваних за допомогою різних способів роз'єднання й з'єднання тканин.

19) Ліміт відповідальності Страховика — грошова сума, що не перевищує встановленої у Договорі страхування (Програмі страхування) страхової суми, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування і видами медичних та інших послуг зазначені у Програмі страхування.

20) Лікувальний заклад (медичний заклад) — заклад охорони здоров'я, в тому числі лікувально-профілактичний заклад, фармацевтичний (аптечний) заклад незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або його відокремлений підрозділ, або фізичні особи-підприємці (ФОП), що забезпечує надання медичної допомоги Застрахованій особі на Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників (медичні заклади МОЗ України, АН України, відомчі медичні заклади, приватні клініки, аптеки, діагностичні та консультативні центри, стоматології тощо).

21) МКХ - 10 – «Міжнародна статистична класифікація захворювань і родинних проблем охорони здоров'я».

22) Медикаменти - лікарські засоби (лікувальні препарати, ліки), предмети медичного призначення, витратні медичні матеріали (бинт, шприци, крапельниці, шовні матеріали, одноразовий медичний інструментарій тощо), необхідні для надання медичної допомоги.

23) Медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на консультування, профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами та травмами, з вагітністю та пологами, а також забезпечення медикаментами.

24) Медичні та інші послуги – послуги, у т. ч. реабілітаційні, що надаються пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом, передбачені Програмою страхування.

25) Невідкладна стаціонарна допомога – надання стаціонарної медичної допомоги у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24 годин) стаціонарному лікуванні.

26) Нещасний випадок - раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що відбулася внаслідок зовнішнього впливу, включаючи протиправні дії третіх осіб, та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи. Нещасними випадками також вважаються випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, анафілактичний шок, тепловий удар, опік, укуси тварин, обмороження, влучання електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування (за винятком харчової токсикоінфекції), отруєння наркотичними, токсичними або іншими речовинами, якщо їх вплив на організм був пов'язаний з виконанням громадянського обов'язку.

27) Особа, щодо якої укладено Договір страхування – це Страхувальник, якщо він уклав Договір страхування щодо власного життя і здоров'я, та/або Застрахована особа, якщо Страхувальник уклав договір про страхування третіх осіб.

28) Планове звернення до лікувального закладу – звернення Застрахованої особи до лікувального закладу у випадках, що не загрожують її життю.

29) Планова госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показаннями та можуть бути відстрочені у часі (наступна доба і далі).

30) Планове оперативне втручання – проведення хірургічного втручання після більш ніж 24 годин після встановлення діагнозу та/чи виявлення показань до оперативного втручання, а також випадки, коли проведення оперативного втручання можливо відстрочити на 24 години без загрози життю та здоров'ю.

31) Програма страхування - частина Договору страхування, яка містить перелік лікувально-діагностичних, профілактичних та інших послуг певного обсягу, рівня та якості, які надаються Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування із зазначенням тих чи інших обмежень.

32) Професійні хвороби (професійна патологія) – це захворювання, які виникають у людини під впливом несприятливих факторів виробничого середовища. Перелік професійних захворювань визначено постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань». Діагностика та встановлення первинного

діагнозу професійного захворювання регламентована нормативними актами законодавства України;

33) Реанімація - лікування у відділеннях реанімації або інтенсивної терапії захворювань і травм, які спричинили порушення функціонування життєво важливих органів, або при реальній погрозі їх розвитку.

34) Розлад здоров'я – гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення, що виникло під час лікування, планового медичного втручання (операції), травма, отруєння, що потребують надання медичної допомоги.

35) Стаціонарне лікування (госпіталізація) — система організації надання медичних послуг Застрахованим особам в умовах цілодобового перебування у лікувально-профілактичному закладі під спостереженням медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування з урахуванням харчування, стандартного для лікувального закладу. Стаціонарне лікування може бути плановим чи екстреним.

36) Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО ДС», який зобов'язується за визначену винагороду (страхову премію) здійснювати страхові виплати на умовах, зазначених в Договорі страхування.

37) Стоматологічна допомога – комплекс заходів, який включає обстеження, стоматологічну терапевтичну, хірургічну допомогу. Стоматологічна допомога може бути ургентною (невідкладною, екстреною) або надаватись в плановому порядку.

38) Страховий інтерес – матеріальна заінтересованість та/або потреба потенційного Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування, включаючи Застраховану особу / Вигодонабувача) у страхуванні ризиків, передбачених Договором страхування.

39) Територія дії Договору - територія (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється.

40) Травмування - порушення цілісності органів і тканин у вигляді станів, включених у розділ XIX МКХ-10 «Травми, отруєння й деякі інші наслідки дії зовнішніх факторів» під кодами від S00-T78 (забиття, поранення, розтягнення, переломи, вивихи, інтоксикація (отруєння), аспірація (влучення стороннього тіла через природний отвір, у тому числі води при втопленні й інших рідин, асфіксія (удушення), термічні й хімічні опіки, обмороження тощо).

41) Тимчасовий розлад здоров'я – тимчасове порушення функціонування організму.

42) Хірургія одного дня (стаціонар одного дня) – проведення діагностичних, лікувально-діагностичних та хірургічних втручань /процедур, здійснення яких неможливо в амбулаторних умовах і потребує спостереження протягом не більше 24 годин в умовах стаціонару.

43) Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком відповідно до умов Договору страхування та/або законодавством.

Франшиза безумовна – частина збитків, що вираховується при розрахунку розміру страхової виплати при кожному страховому випадку згідно з умовами Договору страхування.

1.2. Інші поняття і терміни вживаються у значеннях, наведених у [Законі України «Про страхування»](#).

1.3. Договір страхування може містити інші поняття і терміни, не вказані в цих Загальних умовах, або містити зазначені терміни в іншій інтерпретації, уточнені та/або деталізовані, що визначається за домовленістю сторін Договору страхування, якщо це не суперечить чинному законодавству.

2. УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. *Предмет страхування*

Предметом Договору страхування є передача Страхувальником за плату ризику пов'язаного з життям та здоров'ям Застрахованої особи, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

2.2. *Об'єкт страхування*

Об'єктом страхування за укладенням на підставі цих Загальних умов Договором страхування є життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.

Особами, у відношенні до яких укладається Договір страхування (Застрахованими особами), можуть бути фізичні особи віком від 1 року.

2.3. *Страхові ризики, страхові випадки*

2.3.1. Страховими ризиками, на випадок яких може бути укладений договір страхування, є:

2.3.1.1. 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.

2.3.1.2. 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.

Перелік захворювань і обставин їх настання, а також перелік можливих наслідків захворювань, на випадок яких здійснюється страхування, визначається в Договорі страхування.

2.3.1.3. 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-операційною медичною допомогою, а також за іншими медичними послугами та/або товарами медичного призначення на умовах, зазначених у Договорі страхування.

2.3.2. **Страховий випадок** – це подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

2.3.3. Договір страхування може бути укладений на випадок усіх або окремих ризиків з числа вищезазначених, або в їх будь-якому поєднанні.

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. Також обмеження можуть стосуватися Застрахованих осіб певного віку або які мають певні професії чи рід занять.

2.4. *Строк дії Договору страхування. Порядок вступу договору в дію*

2.4.1. Договір страхування укладається на строк до 1 (одного) року. Конкретний строк дії Договору зазначається в Договорі страхування.

Мінімальний строк дії Договору страхування – 1 (один) місяць.

Максимальний строк дії Договору страхування - 1 (один) рік.

2.4.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, то початок строку страхування встановлюється з 00 години дня, наступного за днем оплати страхової премії або її першої частини в розмірі, зазначеному в Договорі страхування, але не раніше дати, зазначеної як дата початку строку дії Договору.

Днем оплати страхової премії (першої частини страхової премії) вважається день зарахування суми премії (її першої частини) на рахунок Страховика.

Договір страхування діє до 24 год. 00 хв. дати, зазначеної в Договорі як дата закінчення строку дії Договору страхування.

2.5. *Страхова сума. Ліміти відповідальності. Франшиза*

2.5.1. Розмір страхової суми щодо кожної Застрахованої особи визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування.

Страхова сума на кожну Застраховану особу може бути встановлена єдиною за Договором страхування або за кожним страховим ризиком та/або страховим випадком, або за групою страхових випадків.

Мінімальний та максимальний розмір страхової суми, яка може бути визначена за Договором страхування, не встановлюється.

2.5.2. *Ліміти відповідальності*

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).

2.5.3. *Франшизи*

При укладанні Договору страхування за згодою сторін можуть бути передбачена безумовна франшиза. Розмір франшизи зазначається в Договорі страхування.

Франшиза може бути визначена у відсотках від страхової суми або у відсотках до загальної вартості отриманої медичної послуги, або в абсолютному розмірі.

При наявності франшизи Застрахована особа зобов'язана самостійно сплатити вартість медичної послуги або медикаментів.

Мінімальний розмір франшизи становить – 0% страхової суми за окремими видами послуг, зазначених в Договорі страхування.

Максимальний розмір франшизи становить - 50% страхової суми за окремими видами послуг, зазначених в Договорі страхування.

2.6. *Страховий тариф*

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.

Конкретний розмір страхового тарифу зазначається в Договорі страхування.

Мінімальний розмір страхового тарифу становить 0,01 % страхової суми.

Максимальний розмір страхового тарифу становить 90 % страхової суми.

2.7. *Страхова премія. Порядок та строки сплати страхової премії*

2.7.1. Розмір страхової премії визначається шляхом добутку страхового тарифу та страхової суми, зазначеної в Договорі страхування.

Конкретний розмір страхової премії зазначається в Договорі страхування

2.7.2. Сплата страхової премії може здійснюватися одноразово або частинами.

2.7.3. 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.

Грошові кошти, сплачені клієнтом страховому посереднику (страхова премія) на виконання Договору страхування, вважаються такими, що сплачені Страховику.

2.8. Територія дії Договору страхування

2.8.1. Договір страхування діє на території України та обмежується територіями, підконтрольними органам державної влади України.

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 територіях, 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.

За домовленістю сторін Договором страхування можуть бути передбачені інші територіальні обмеження.

3. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ ТА/АБО НЕНАЛЕЖНЕ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРУ

3.1. Страхувальник зобов'язаний:

3.1.1. Сплачувати страхову премію у порядку, розмірі та строки, встановлені Договором страхування.

3.1.2. При укладанні Договору страхування надавати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

3.1.3. 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.

3.1.4. Інформувати Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені Договором страхування.

3.1.5. Вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку.

3.1.6. 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.

3.1.7. Повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування).

3.1.8. 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.

3.1.9. Повідомити Застраховану особу (якщо Застрахована особа не є Страхувальником) про укладений на її користь Договір страхування.

3.1.10. Поінформувати Застраховану особу про умови Договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

3.1.11. 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 робочих днів сповістити про це Страховика.

3.1.12. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

3.1.13. **Страхувальник/ Застрахована особа зобов'язаний:**

3.1.13.1. Виконувати всі дії, зазначені в розділі 6 цих Загальних умов та в Договорі страхування.

3.1.13.2. Якщо після здійснення страхової виплати за Договором страхування виявиться обставина, що за Договором або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу (або Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати, повернути Страховику отриману страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної письмової вимоги від Страховика.

3.1.13.3. Повернути Страховику страхову виплату в таких випадках:

- якщо Застрахована особа з будь-якої причини не проходила лікування, відмовилася від лікування, перервала лікування, не використовувала медикаменти в період лікування;

- якщо лікування проходило з порушенням режиму лікувального закладу з боку особи, щодо якої укладено Договір;

- якщо після страхової виплати з'ясується, що одержувач страхової виплати надав неправдиві відомості, які привели до збільшення суми страхової виплати або до необґрунтованої виплати;

- якщо після надання медичних послуг та/або проведення виплати грошової компенсації виявиться, що подія, яка відбулася, не є страховим випадком або Застрахована особа надала неправдиву інформацію про факт та обставини настання такої події.

У разі надання послуг або видачі медикаментів поверненню підлягає сума грошової компенсації або вартості медичних послуг.

3.2. **Страхувальник має право:**

3.2.1. Ознайомитися з умовами страхування та одержати від Страховика будь-які роз'яснення щодо умов страхування.

3.2.2. Протягом строку дії Договору страхування в порядку, встановленому в Договорі страхування, ініціювати внесення змін до умов договору страхування, включаючи зміни у список Застрахованих осіб, в тому числі, заміну таких осіб або Вигодонабувачів. При страхуванні дітей віком до 16 років Вигодонабувач визначається її батьками чи опікунами.

3.2.3. Отримати дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу протягом періоду дії Договору на підставі письмового звернення до Страховика про видачу дублікату.

3.2.4. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування в порядку, встановленому в Договорі страхування.

3.2.5. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

3.2.6. *Страхувальник, Застрахована особа має право:*

3.2.6.1. Отримати послуги, передбачені умовами Договору та попередньо узгоджені із Страховиком та за таким узгодженням оплатити їх самостійно з подальшим відшкодуванням понесених витрат в межах, визначених умовами Договору;

3.2.6.2. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в розмірі та на умовах, передбачених Договором страхування.

3.3. *Страховик зобов'язаний:*

3.3.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування.

3.3.2. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та, з урахуванням умов Договору страхування, прийняти рішення про визнання або невизнання випадку страховим.

3.3.3. У разі настання страхового випадку, у передбачений Договором строк:

3.3.3.1. Організувати надання медичної послуги, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

3.3.3.2. Вжити заходів по оформленню всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати.

3.3.3.3. Ухвалити рішення щодо страхової виплати або відмови у страховій виплаті.

3.3.3.4. Здійснити страхову виплату в строк, передбачений Договором страхування.

3.3.4. 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.

3.3.5. 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.

3.3.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

3.4. *Страховик має право:*

3.4.1. Отримувати від Страхувальника інформацію, необхідну для виконання зобов'язань за Договором страхування.

3.4.2. При підвищенні ступеня ризику ініціювати внесення змін у Договір страхування. Якщо Страхувальник в зазначений строк не повідомив про зміну умов, пов'язаних з підвищенням ступеня страхового ризику, або відмовився прийняти зміни в Договір страхування, ініційовані Страховиком у зв'язку з підвищенням ступеня страхового ризику, при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати в разі, якщо настання страхового випадку було прямо або непрямо пов'язано зі зміною ступеня страхового ризику, про яку Страхувальник не повідомив Страховика або у зв'язку з якою Страхувальник відмовився внести зміни у Договір страхування.

3.4.3. Направляти запити про надання відомостей щодо події, що має ознаки страхового випадку, до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, юридичних осіб, які володіють інформацією про обставини події, що має ознаки страхового випадку, а також самостійно або із залученням у встановленому законодавством порядку інших осіб з'ясовувати причини, наслідки та обставини події, що має ознаки страхового випадку.

3.4.4. Перевіряти всі надані Застрахованою особою (Страхувальником, Вигодонабувачем) документи та, при необхідності з'ясування спірних питань щодо визнання чи невизнання випадку страховим, направляти Застраховану особу на медичне обстеження, а документи – на медичну/іншу експертизу.

3.4.5. Відстрочити здійснення страхової виплати до прийняття рішення слідчими або судовими органами, а також органами, уповноваженими розглядати справи про адміністративні правопорушення, якщо за подією, що привела до страхового випадку, внесені відомості до Єдиного реєстру досудових розслідувань, ведеться слідство в справах про адміністративне або кримінальне правопорушення, але не більше, ніж на 2 місяці з моменту настання страхового випадку для справ про адміністративне правопорушення і з моменту внесення відомостей до Єдиного реєстру досудових розслідувань - для справ про кримінальне правопорушення.

Під рішенням розуміється будь-який акт уповноваженого органу, на підставі якого припиняється, призупиняється провадження, розслідування або слідство по справам про адміністративне або кримінальне правопорушення.

3.4.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Договором страхування, та в розділі 8 цих Загальних умов, а також у випадках, передбачених законодавством України.

Рішення про відмову у страховій виплаті повідомляється Страхувальнику (іншій особі, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати та звернулася до Страховика для отримання страхової виплати) в письмовій формі протягом строку, визначеному в Договорі страхування, з моменту ухвалення такого рішення, з обґрунтуванням причин відмови.

3.4.7. Ініціювати дострокове припинення Договору страхування в порядку, встановленому в Договорі страхування.

3.4.8. Вимагати від Страхувальника повернення здійсненої страхової виплати, якщо протягом строку позовної давності, встановленого законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють Страхувальника (Застраховану особу) на підставі умов Договору права на отримання страхової виплати (повністю або частково).

3.4.9. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

3.5. За Договорами страхування, укладеними у зв'язку із іншими правочинами, стороною яких є Застрахована особа, Договором страхування можуть бути передбачені обмеження прав Страховика та Страхувальника, зокрема, в частині внесення змін та/або дострокового припинення дії Договору страхування за ініціативою сторін.

3.6. За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

3.6.1. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну страхову виплату шляхом сплати пені в розмірі, зазначеному в Договорі страхування.

3.6.2. Страхувальник несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання грошового зобов'язання перед Страховиком (окрім зобов'язання по сплаті страхової премії) шляхом сплати Страховику пені в розмірі, зазначеному в Договорі страхування.

3.6.3. Договором страхування може бути передбачено, що в разі виникнення між ними судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком по заявленій Страхувальником події (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції, передбачені чинним законодавством України (інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші) за неналежне виконання зобов'язань.

3.6.4. За невиконання або неналежне виконання інших зобов'язань, передбачених Договором страхування, сторони несуть відповідальність у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

4. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН, ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ ЧИ РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ, ЇХ ПРАВОВІ НАСЛІДКИ

4.1. Зміни до Договору страхування можуть бути внесені за згодою сторін, на підставі письмового звернення однієї зі сторін, шляхом укладання в письмовій формі додаткової угоди до Договору. Додаткова угода оформлюється у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу. Один примірник видається Страхувальнику після його підписання, інший залишається у Страховика.

4.2. Дія Договору страхування припиняється та Договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

4.2.1. Закінчення строку дії Договору.

4.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

4.2.3. 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 днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами Договору.

4.2.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування».

4.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

4.2.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним.

4.2.7. В інших випадках, передбачених законодавством України та Договором страхування.

4.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

4.3.1. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.3.2. 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.

4.3.3. 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.

4.3.4. Максимальна частка витрат, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням Договору страхування, встановлюється в розмірі **70%** страхового тарифу.

4.4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави припинення його дії, які не суперечать законодавству України та цим Загальним умовам.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. Договір страхування вважається недійсним, нікчемним з моменту його укладення у випадках, передбачених [Цивільним кодексом України](#), Законом України “Про страхування”.

4.8. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку, а також у разі, якщо:

- 4.8.1. його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку;
- 4.8.2. Страховиком доведено, що Договір страхування укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій;
- 4.8.3. у Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес;
- 4.8.4. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України

5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім:

- 1) Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;
- 2) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі.

5.3. Страховик зобов'язаний повернути Страхувальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

6. ПОРЯДОК ДІЙ СТОРІН У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

6.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, при страхуванні від нещасного випадку (п.2.3.1.1. цих Загальних умов) Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.1.1. Невідкладно звернутися до медичного закладу за необхідною медичною допомогою для Застрахованої особи та документально зафіксувати факт такого звернення.

6.1.2. Вжити всіх можливих заходів для запобігання збільшенню обсягу фізичної шкоди, заподіяної життю, здоров'ю, працездатності Застрахованої особи у зв'язку із настанням події.

6.1.3. 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.

6.1.4. 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 Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

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.

6.1.5. Виконати всі дії або забезпечити виконання Застрахованою особою усіх дій, необхідних для проходження лікування.

6.1.6. 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).

6.1.7. 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).

6.1.8. Надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт, причину і обставини страхового випадку.

6.1.9. 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.

6.1.10. Виконувати інші дії, передбачені умовами Договору страхування.

6.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, при страхуванні на випадок хвороби (п.2.3.1.2. цих Загальних умов) Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.2.1. 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).

6.2.2. Виконати всі дії або забезпечити виконання Застрахованою особою усіх дій, необхідних для проходження лікування.

6.2.3. 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.

6.2.4. Надати Страховику всі необхідні, належним чином оформлені документи, що підтверджують факт, причину і обставини страхового випадку.

6.3. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, при страхуванні за ризиком «медичне страхування» (п.2.3.1.3. цих Загальних умов) Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

6.3.1. 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 Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

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.

6.3.2. Погоджувати зі Страховиком всі дії, пов'язані з лікуванням та отриманням інших послуг в разі обумовлених Договором страхування подій.

6.3.3. Виконувати всі розпорядження та рекомендації Страховика.

6.3.4. Застрахована особа зобов'язана чітко дотримуватися вказівок Страховика/представника Страховика щодо порядку отримання медичної послуги.

6.3.5. 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.

6.3.6. 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.

6.4. 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.

6.5. Детальний порядок звернення та отримання медичної допомоги Застрахованою особою зазначається в Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

7.1. Договором страхування визначається перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, а також форма, спосіб та порядок подання таких документів.

7.2. 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.

7.3. 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 акта).

7.4. 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 виписку з ЄДР – для юридичної особи тощо);

7.4.1. 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 ПБ, 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 ПБ, 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).

7.4.2. 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.

7.4.3. У випадку необхідності грошової компенсації самостійно здійснених Застрахованою особою витрат:

- документ, що підтверджує сплату рахунку ЛЗ Застрахованою особою, що містить: ПБ 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
Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

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;

7.4.4. Акт уповноваженого органу, на підставі якого припиняється, призупиняється провадження, розслідування або слідство по справам про адміністративне або кримінальне правопорушення.

7.4.5. Інші документи або додаткові відомості, зазначені в Договорі страхування.

7.4.6. Збір документів, необхідних для оформлення страхової виплати, може бути частково виконаний Страховиком за його рішенням.

7.4.7. Документи, які подаються для отримання страхового відшкодування, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

7.5. 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:

7.5.1. При страхуванні від нещасного випадку (п.2.3.1.1. цих Загальних умов) Страховик здійснює страхові виплати в розмірах, визначених Договором страхування.

7.5.1.1. У разі травми Застрахованої особи Договором страхування може передбачатися один з двох варіантів визначення розміру страхових виплат:

7.5.1.1.1. 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.

7.5.1.1.2. 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.

7.5.1.2. 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.

7.5.1.3. 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.

7.5.2. При страхуванні на випадок хвороби (п.2.3.1.2. цих Загальних умов):

7.5.2.1. У разі захворювання Застрахованої особи хворобою, зазначеною в Договорі страхування, може передбачатися один з двох варіантів визначення розміру страхових виплат:

7.5.2.1.1. У фіксованому розмірі, в залежності від захворювання, у розмірі відсотку від страхової суми, зазначеному в Договорі страхування.

7.5.2.1.2. 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.

7.5.2.2. 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.

7.5.2.3. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби 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. 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.

7.5.3. При страхуванні за ризиком «медичне страхування» (п.2.3.1.3. цих Загальних умов) Страховик здійснює страхову виплату на користь особи, щодо якої укладено Договір страхування, шляхом:

7.5.3.1. 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 або через Асистуючу компанію.

7.5.3.2. Грошової компенсації погоджених із Страховиком витрат на лікування Застрахованої особи на придбання медикаментів чи оплату медичної послуги.

7.5.4. 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.

7.6. Договором страхування може бути передбачений інший порядок визначення розміру страхових виплат.

7.7. 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).

7.9. Вимога про виплату може бути пред'явлена Страховику протягом одного року після закінчення строку дії Договору страхування.

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Порядок прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати визначається в Договорі страхування або законодавством України.

8.2. Підставою для відмови у здійсненні страхових виплат є:

8.2.1. 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.

8.2.2. Вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку.

8.2.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, зазначені в розділі 9.5. цих Загальних умов.

8.2.4. 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.

8.2.5. Надання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про причини, обставини, наслідки страхового випадку.

8.2.6. Відсутність погодження із Страховиком самостійно здійснених витрат за медичні послуги, надані Застрахованій особі.

8.2.7. Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування.

8.2.8. Невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, недотримання курсу лікування, порушення порядку, встановленого медичним закладом, що призвело до Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

погіршення стану її здоров'я.

8.2.9. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеним Страховиком після настання страхового випадку або непроходження обстеження в визначений Страховиком термін.

8.2.10. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству.

8.3. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик зобов'язаний протягом строку, передбаченого Договором страхування, повідомити Страхувальника (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати та звернулася до Страховика для отримання страхової виплати) у письмовій формі у строки, зазначені в Договорі страхування, про прийняте рішення з обґрунтуванням підстави відмови.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.

9.2. З метою визначення потреб та вимог клієнта у страхуванні, а також отримання інформації, яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування, Страховик (страховий посередник) може запропонувати Страхувальнику заповнити Заяву на страхування за встановленою Страховиком формою або в інший спосіб визначає потреби у страхуванні.

9.3. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника Страховик надає Страхувальнику безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов страхового продукту.

9.4. Перед укладенням договору страхування Страховик (страховий посередник) забезпечує Страхувальника доступною та вичерпною інформацією про страховий продукт, про Страховика та страхового посередника, якщо страховий продукт реалізується через страхового посередника, з метою прийняття Страхувальником усвідомленого рішення про укладення Договору страхування, а також інформацією в обсязі та в порядку, що передбачені статтею 7 Закону України «Про фінансові послуги та фінансові компанії».

9.5. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний поінформувати Страховика або страхового посередника про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих збитків), та/або надати йому іншу інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування.

9.5.1. Перелік інформації, яку Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику (страховому посереднику) перед укладенням Договору страхування та яка має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором:

9.5.1.1. Відомості про об'єкт страхування, відносно якого планується укладення Договору страхування:

- вид діяльності Застрахованої особи, робота, пов'язана з підвищеним ризиком виникнення захворювань (в т.ч. професійних) та/чи отруєнь/травм;

- вік Застрахованої особи;

- заняття спортом;

- наявність/ відсутність захворювань у Застрахованої особи на момент укладення Договору страхування (в разі запиту/визначення Страховиком такої інформації);

Загальні умови/ Комплексне страхування здоров'я

- наявність інвалідності;
- інформація про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування;
- декларація про стан здоров'я Застрахованої особи (на вимогу Страховика).

9.5.1.2. Бажані умови страхування:

- розмір страхового покриття (страхової суми на Застраховану особу);
- перелік страхових ризиків, щодо яких потрібне страхове покриття;
- перелік медичних та інших послуг;
- допустимі ліміти, франшизи, інші обмеження;
- територія дії Договору страхування;
- строк дії Договору страхування;
- порядок сплати страхової премії за Договором страхування;
- наявність/відсутність інших ризиків (воєнних, епідемічних тощо).

9.5.1.3. Інші відомості, у тому числі:

- відомості про отримання медичної допомоги в умовах стаціонару за останні 3-5 років.

9.6. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

9.7. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі з дотриманням вимог [Цивільного кодексу України](#), встановлених до письмової форми правочину, та оформляється у паперовій формі або у формі електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними законодавством про електронну комерцію.

9.8. 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.

В електронній формі Договір укладається в порядку, передбаченому Законом України "Про електронну комерцію", та з дотриманням норм інших законів та нормативних документів за процедурою, зазначеною у Договорі страхування.

9.9. Надання Страхувальнику примірника Договору страхування здійснюється з урахуванням наступного:

- примірник Договору страхування, укладеного у паперовій формі, а також додатки до нього (за наявності) надаються Страховиком (страховим посередником) Страхувальнику одразу після його підписання Сторонами;
- відправлення та одержання примірника Договору страхування, укладеного у формі електронного документа, та додатків до нього (за наявності) здійснюються Страховиком (страховим посередником) за контактними даними Страхувальника, зазначеними в реквізитах Страхувальника у Договорі страхування у порядку, передбаченому Законом України "Про електронні документи та електронний документообіг".

9.10. У Договорі страхування за взаємної згоди сторін щодо врегулювання відносин електронного документообігу відповідно до законодавства можуть зазначатися умови та процедура його здійснення.

10. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страховими випадками не є події, що сталися внаслідок:

10.1.1. Загострення у Застрахованої особи епілепсії, психічних захворювань.

10.1.2. Здійснення Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлений склад злочину.

10.1.3. 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.

10.1.4. 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.

10.1.5. 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.

10.1.6. Отруєння внаслідок вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних, токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря, прийнятих з метою або в стані сп'яніння.

10.1.7. Самогубства або наслідків замаху Застрахованої особи на самогубство.

10.1.8. Навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень.

10.2. Страховими випадками не є події, що сталися:

10.2.1. В період проходження застрахованою особою, щодо якої укладено Договір страхування, військової служби, підготовки чи вишколу.

10.2.2. В період застосування до Застрахованої особи запобіжного заходу у вигляді арешту, тримання під вартою, затримання або ув'язнення такої особи.

10.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, то страховими випадками не вважаються:

10.3.1. Захворювання, пов'язані з пластичними та іншими косметологічними операціями та ускладненнями після таких операцій.

10.3.2. Захворювання, пов'язані з усуненням недоліків зовнішності або фігури.

10.3.3. Захворювання, які потребують психоаналітичного або психотерапевтичного лікування.

10.3.4. 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.

10.3.5. 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.

10.3.6. Вірусні гепатити хронічні гепатити, цироз, саркоїдоз.

10.3.7. 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.

10.3.8. Психічні захворювання та їх наслідки, пограничні стани, психологічні розлади.

10.3.9. Вроджені аномалії, вади розвитку, генетичні та спадкові захворювання та їх ускладнення.

10.3.10. СНІД та погіршення стану здоров'я, пов'язані із ВІЛ-інфікуванням

10.3.11. 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.

10.3.12. 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).

10.3.13. 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 синдром, порушення менструального циклу, гіперандрогенія, полікістоз яєчників, метаболічний синдром, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемія, тестування вагітності тощо.

10.3.14. Оперативні втручання, лікування та інші заходи, пов'язані зі зміною статі та/чи психологічними/психічними розладами, та/чи будь-якими гендерними проблемами.

10.3.15. Відмови від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотримання призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму.

10.3.16. Лікування у особи, що не має відповідного документа, що підтверджує право на надання медичної допомоги відповідної лікарської спеціалізації.

10.3.17. Протезування, імплантація, пересадження донорських органів.

10.3.18. 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.

10.3.19. 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.

10.3.20. Професійні захворювання.

10.3.21. Виробничі травми.

10.3.22. Медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії Договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії Договору.

10.4. Страховик не покриває та не відшкодовує витрати, якщо інше прямо не передбачене умовами Договору страхування, пов'язані з:

10.4.1. 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.

10.4.2. 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).

10.4.3. 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).

10.4.4. Сплатою внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній.

10.4.5. Медичними послугами та медикаментами, які не відповідають схемам діагностики та лікування затверджених клінічними протоколами МОЗ.

10.4.6. Плановим видаленням металоконструкцій (за винятком випадків, коли металоконструкція встановлена в період дії Договору страхування).

10.4.7. Лікуванням в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах.

10.4.8. Медикаментами, які надаються за програмою «Доступні ліки».

10.4.9. Медикаментами, які призначені для постійного довічного застосування.

10.5. Обмеження страхування

Страхування не поширюється на випадки, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, що відбулися в результаті та/або в період та/або в зв'язку з наступними обставинами чи на території дії таких обставин:

10.5.1. 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.

10.5.2. Дії будь-якої вогнепальної, хімічної, біологічної, біохімічної або електромагнітної зброї та/або будь-яких боєприпасів, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

10.5.3. Впливу ядерної енергії в будь-якій формі.

10.5.4. Захворювань, які мають характер епідемії (віспа, чума, холера, дифтерія, сибірська виразка тощо) при введенні карантину.

10.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки із страхових випадків та обмеження страхування, які не суперечать законодавству України, в тому числі: виключення, обмеження на медичні послуги, методи лікування та діагностики; виключення, обмеження застосування лікарських засобів тощо. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається у Договорі страхування.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Всі спори та суперечки, пов'язані з виконанням умов Договору страхування, вирішуються шляхом переговорів.

11.2. В разі недосягнення сторонами Договору згоди спори вирішуються в судовому порядку згідно з чинним законодавством України.

11.3. Розгляд скарг споживачів здійснюється згідно з «Положенням про розгляд скарг споживачів ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АСКО ДС», яке розміщене на вебсайті Страховика в розділі «Розкриття інформації».

11.4. Скарга на дії чи рішення Страховика надається у порядку підлеглості:

11.4.1. Національному банку України (орган, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг). Скарги/звернення споживачів фінансових послуг направляються:

- онлайн - Розділ «Звернення громадян» офіційного Інтернет-представництва Національного банку України <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection> або на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну [форму](#);

- засобами поштового зв'язку на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9;

- телефон: [0 800 505 240](tel:0800505240) або [+380 44 298 65 55](tel:+380442986555)

11.4.2. Державній службі України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів:

- адреса: вул. Б. Грінченка, 1, Київ, 01001, Україна, телефон +380 044 279 12 70, електронна пошта: info@dpss.gov.ua.

12. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. Про страхові випадки повідомляти за телефонами контакт-центр (цілодобово): **+38050 450 15 60, 0 800 50 15 60.**

12.2. Електронна адреса Страховика: office@askods.dn.ua

13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Додатково в Договорі страхування вказуються контактні дані підрозділів компанії та/або страхових посередників (страхових агентів, страхових брокерів), які укладають Договір страхування, а саме: ПІБ/Назва, РНОКПП/код ЄДРПОУ, адреса місцезнаходження, контактні дані, номер запису в [Реєстрі страхових посередників](#).

13.2. У випадку розбіжностей між Загальними умовами страхового продукту та умовами Договору страхування перевагу мають умови Договору страхування.

13.3. Будь-які повідомлення Страховику вважаються поданими належним чином, якщо вони надані Страхувальником (його уповноваженою особою) особисто, або рекомендованим листом, або шляхом надсилання електронного повідомлення/документу на адресу електронної скриньки Страховика office@askods.dn.ua з накладенням на таке повідомлення/документ електронного підпису Страхувальника, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.

13.4. Згідно з вимогами 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 Страхувальник зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для здійснення належної перевірки та виконання інших вимог зазначеного Закону. У випадках, передбачених ст.15 вищезазначеного Закону, Страховик зобов'язаний відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання ділових відносин, відмовитися від проведення фінансової операції (страхової виплати).

13.5. Підписанням Договору страхування Страхувальник підтверджує, що він:

- не включений до переліку осіб, пов'язаних з провадженням терористичної діяльності або стосовно яких застосовано міжнародні санкції, або активи яких стали об'єктом замороження у порядку, визначеному розділом IV Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», а також не пов'язаний з вказаними особами або їх представниками;

- не є об'єктом застосування персональних, спеціальних економічних та інших обмежувальних заходів (санкцій), відповідно до Закону України «Про санкції», включаючи санкції, що застосовані згідно з рішеннями Ради національної безпеки України, резолюціями Генеральної Асамблеї та Ради безпеки Організації Об'єднаних Націй, рішеннями OFAC, рішеннями Ради Європейського Союзу тощо.

13.6. Страхувальник протягом строку, зазначеного в Договорі страхування, зобов'язаний надати Страховику оновлений пакет документів для ідентифікації та верифікації, у випадку:

- закінчення строку/припинення дії, втрати чинності або визнання недійсними наданих раніше документів;

- втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа Страхувальника/представника Страхувальника, а також у випадку вклеювання фото 25, 45 років в паспорт громадянина України (у формі книжечки), зміни місця реєстрації;

- набуття Страхувальником статусу політично значущої особи/особи пов'язаної з політично значущими особами;

- суттєвих змін у своїй діяльності (в тому числі, у разі зміни кінцевого бенефіціарного власника, керівника, місцезнаходження юридичної особи, трасту, іншого подібного правового утворення, ФОП).

13.7. Підписанням Договору страхування Страхувальник безстроково, без застережень надає повну згоду на обробку його персональних даних Страховику та іншим пов'язаним із Страховиком особам без додаткового повідомлення Страхувальника, без обмеження терміну зберігання і обробки, в цілях здійснення прав та виконання обов'язків Страховика за Договором страхування, забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сфері фінансового моніторингу та бухгалтерського обліку, здійснення зв'язку із Страхувальником, надання інформації про виконання умов Договору страхування.