

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ «МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (надалі – Загальні умови)

Введено в дію Наказом №58 від 28.05.2024р.

Ці Загальні умови страхового продукту складені на підставі та у відповідності до вимог діючого законодавства України, Закону України «Про страхування», нормативно-правових актів Національного банку України та визначаються на підставі внутрішніх політик з андерайтингу та з розроблення та впровадження страхових продуктів АТ «СК «ІНГО».

Ці Загальні умови розроблені відповідно до характеристик та класифікаційних ознак класу страхування 2 клас - Страхування на випадок хвороби (зокрема медичне страхування) за ризиком «медичне страхування».

Відповідно до цих Загальних умов Акціонерне товариство «Страхова компанія «ІНГО» укладає Договори медичного страхування (надалі – Договір страхування).

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

Договором страхування може бути звужено та/або уточнено (конкретизовано) обсяг Страхового покриття (уключаючи визначені ознаки, причини та/або умови настання події, у разі наявності яких подія може бути визнана Страховим випадком) та інші умови страхування, передбачені цими Загальними умовами, на підставі яких укладається такий Договір страхування. При застосуванні уточнень (конкретизацій) умови Договору страхування можуть містити відповідні застереження про такі індивідуальні уточнення.

Страховий продукт, передбачений цими Загальними умовами, не є Стандартним страховим продуктом. Страховик не розробляє, не затверджує та не надає Страхувальнику уніфікований (стандартизований) документ, що містить загальну інформацію про Стандартний продукт.

Даний страховий продукт за правовою природою та типом страхових продуктів є продуктом з індивідуальними умовами, розробленими для Страхувальників з врахуванням їх потреб у страхуванні, який пропонується Страховиком орієнтуючись на гнучкість індивідуальних умов та сервісів з індивідуальним андерайтинговим котируванням.

Страховий продукт передбачений для задоволення потреб у медичному страхуванні фізичних осіб, роботодавцем працівників та інших зацікавлених осіб, що мають страховий інтерес на умовах, передбачених Договором страхування.

Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, у тому числі засобами електронної пошти та/або шляхом надання посилання на інформацію, що розміщується на веб-сайті Страховика, та/або шляхом надання доступу до такої інформації через особистий кабінет клієнта чи програмний застосунок, або в інший спосіб за домовленістю.

Компанія не пропонує цей Страховий продукт разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, але є складовою одного пакета страхування.

Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування складає 40%.

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ І ТЕРМІНІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

Поняття, які вживаються в Договорі страхування, мають наступні визначення, та відповідають Законом України, галузевим та спеціалізованим нормативно-правовим актам:

1.1. Асистуюча компанія – суб'єкт господарювання, що діє на підставі договору зі Страховиком і надає Асистуючі послуги Страхувальникам/Застрахованим особам або іншим особам, визначеним Договором страхування, на умовах, передбачених таким Договором страхування;

1.2. Асистуюча послуга – послуги, які відповідно до умов Договору страхування можуть надаватися безпосередньо Страховиком (структурним підрозділом), асистуючою компанією або іншою особою на підставі відповідного договору та можуть включати координацію дій Застрахованої особи або іншої особи, визначеної Договором страхування, та/або осіб, що надають послуги в разі настання Страхового випадку, організацію та контроль надання таких послуг, а також виконання асистуючою компанією або іншою особою, яка надає такі послуги, інших дій, у тому числі оплату вартості таких послуг відповідно до умов договору зі Страховиком.

1.3. Безумовна франшиза (Франшиза) – передбачена Договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку та вираховується при здійсненні страхової виплати. Франшиза може бути по конкретному Медичному закладі, Програмі страхування, групі послуг.

1.4. Вироби медичного призначення (медичні вироби) - будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, призначені для діагностики, лікування, профілактики організму людини та (або) забезпечення таких процесів.

1.5. Вперше виявлене/діагностоване захворювання – Захворювання, що було вперше в житті діагностовано у Страхувальника/Застрахованої особи протягом терміну дії Договору. .

1.6. Гостре захворювання - це раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

1.7. Гострий стан - патологічний стан людини, коли на фоні відносного благополуччя (людина здорова або має Хронічне (-ні) захворювання в стадії Ремісії) можливе Захворювання проявляється погіршенням життєвих показників та часто, але не обов'язково, больовим синдромом, про що ця особа виражає суб'єктивні скарги. Під «погіршенням життєвих показників» тут розуміється, серед іншого, наступні стани:

- підвищення температури тіла вище фізіологічної норми
- порушення свідомості, що виявляється сплутаністю мислення, незв'язною мовою, непритомністю та запамороченням
- підвищення артеріального тиску та ЧСС (частота серцевих скорочень) вище фізіологічної норми
- порушення цілісності шкіри та органів, кровотеча
- гостре порушення травлення (блювання, діарея), сечовиділення (гостра затримка сечі),
- різке порушення нормального для цієї особи функціонування органів та/або систем (нетипові виділення, зміна кольору, об'єму).

Визначення гостроти, стадії патологічного процесу здійснює виключно лікар після первинної консультації та на підставі зафіксованого письмово діагнозу відбувається ідентифікація випадку як страхового.

1.8. Договір страхування (або Договір) – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового випадку відшкодувати завданий збиток у межах Страхової суми Страхувальнику чи іншій особі, визначеній Страхувальником, або на користь якої укладено Договір, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови Договору.

1.9. Електронний перелік закладів - перелік Закладів з медичного обслуговування та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), з якими Страховиком укладено Договір/Договори щодо надання послуг з Медичного обслуговування страхувальників та який розміщено на власному веб-сайті Страховика за адресою: <https://ingo.ua/services/medichne-strahuvannya/medichne-strahuvannya>.

1.10. Загострення хронічного захворювання - це період перебігу Хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого посилюються суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви Хвороби, які потребують лікування до повернення у період Ремісії, яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає медичної допомоги.

1.11. Заклад охорони здоров'я (далі Медичний заклад та/або Заклад з медичного обслуговування) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує Медичне обслуговування на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації.

1.12. Застрахована особа - фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, здоров'я якої є об'єктом страхування за Договором, а також яка може набувати прав та обов'язків за Договором страхування..

1.13. Захворювання (хвороба) - будь-яке порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними і (або) морфологічними змінами, діагностовано і підтверджене медичними документами. Захворюванням вважаються всі пошкодження і наслідки, що виникають у зв'язку з одним і тим же діагнозом, а також всі хвороби з однієї причини або пов'язаних причин. Якщо хвороба обумовлена тією ж причиною, з якої виникло попереднє захворювання, або пов'язаною з нею причиною, захворювання вважається продовженням попереднього, але не окремим захворюванням.

1.14. Категорія медичного обслуговування - обрана Страхувальником Програма страхування, що характеризується певною ціною політикою Закладу охорони здоров'я та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та

реабілітаційні послуги), до якої відповідно умов Договору страхування Застрахована особа може звернутись за послугою з Медичного обслуговування.

1.15. Картка Застрахованої особи (Картка) - персональна електронна та/або пластикова інформаційна картка, випущена Страховиком для оперативного інформування Застрахованої особи щодо: строку Страхового покриття, номеру Договору страхування та/або полісу; контактних даних для звернення за Асистуючою послугою тощо.

1.16. Кваліфікований електронний підпис (КЕП) - удосконалений електронний підпис, що створюється з використанням засобу кваліфікованого електронного підпису і базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису

1.17. Лікарський засіб - будь-яка речовина або комбінація речовин (фармакологічний засіб), дозволена до застосування в Україні уповноваженим на це органом у встановленому порядку, призначена для діагностики, лікування або профілактики Захворювань у людей.

1.18. Ліміт відповідальності (ліміт) - визначені у Договорі страхування межі Страхової суми з відповідальності Страховика за окремим Об'єктом страхування, групою Об'єктів страхування, Страховим ризиком або Страховим випадком, групою Страхових ризиків та/або Страхових випадків тощо.

1.19. Медико-соціальний статус особи з обмеженнями повсякденного функціонування (Медико-соціальний статус) - особа з підтвердженням стійкого обмеження життєдіяльності та встановленим статусом "особа з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю".

Залежно від ступеня стійкого розладу функцій організму, зумовленого Захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, та можливого обмеження життєдіяльності при взаємодії із зовнішнім середовищем внаслідок втрати здоров'я особі, визнаній особою з інвалідністю, встановлюється перша, друга чи третя група інвалідності.

1.20. Медичне обслуговування - діяльність Закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням.

1.21. Месенджер — телекомунікаційна служба та/або застосунок дистанційного обміну текстовими повідомленнями та передачі файлової інформації з шифруванням даних.

1.22. Невідкладна допомога - медична допомога, що надається при станах, що загрожують життю та потребують надання екстреної невідкладної медичної допомоги в перші 0 – 12 годин від виникнення (загострення) захворювання та у разі ненадання якої протягом 24 (двадцяти чотирьох).

1.23. Нещасний випадок – раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія, яка відбулась внаслідок зовнішнього впливу (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до заподіяння шкоди здоров'ю Застрахованої особи у вигляді:

травматичного пошкодження; поранення, зокрема внаслідок аварії, дорожньо-транспортної події, протиправних дій третіх осіб; падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи; випадкового гострого отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами, за винятком харчової токсикоінфекції (сальмонельозу, дизентерії), ліками, захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом); розривів (поранення органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій); утоплення; опіків; теплового удару; ураження блискавкою або електричним струмом; обмороження, переохолодження (за виключенням простудного захворювання); асфіксії внаслідок попадання сторонніх тіл або рідин у дихальні шляхи; нападу та укусів тварин, зокрема змій, отруйних комах.

1.24. Опція – умовний інструмент вибору для Страхувальника/Застрахованої особи, призначений для можливості розширення/звуження Страхових ризиків у межах умов Договору страхування та Програми страхового продукту .

1.25. Предмет Договору страхування - передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором страхування.

1.26. Прейскурант – перелік послуг, що їх надає Медичний заклад та інші установи або особи, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), з чітко визначеною вартістю кожної послуги.

1.27. Програма страхового продукту (Програма страхування) – строкові, вартісні та територіальні складові Страхового покриття, що пропонуються та обрані Страхувальником у межах цього Страхового продукту, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні Страхової виплати, розміром Страхової суми та/або ліміту (-ів) відповідальності, Страхової премії або Страхового тарифу, видом та розміром Франшизи.

- 1.28. Ремісія - період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання / зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів Хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.
- 1.29. Розрахунковий документ - документ встановленої форми та змісту на повну суму проведеної операції, створений у паперовій та/або електронній формі (зокрема, але не виключно, з відтворенням на дисплеї реєстратора розрахункових операцій чи дисплеї пристрою, на якому встановлений програмний реєстратор розрахункових операцій QR-коду, який дозволяє здійснювати його зчитування та ідентифікацію з розрахунковим документом за структурою даних, що в ньому міститься, та/або надсиланням електронного розрахункового документа на надану адресу електронної пошти або абонентський номер особи, яка отримала послуги).
- 1.30. Стандартний страховий продукт - стандартні (типові) умови, які є незмінними та однаковими для невизначеного кола клієнтів.
- 1.31. Страхова виплата (Страхове відшкодування) - грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання Страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або законодавства.
- 1.32. Страхова премія (Страховий внесок, Страховий платіж, авансова Страхова премія) - плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування до початку дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачене.
- 1.33. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести Страхову виплату в разі настання Страхового випадку.
- 1.34. Страхове покриття - сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору страхування.
- 1.35. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування.
- 1.36. Страховий інтерес - матеріальна заінтересованість та/або потреба Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з здоров'ям Страхувальника/ Застрахованої особи.
- 1.37. Страховий продукт - умови страхування, які задовольняють визначені потреби та інтереси Страхувальника (іншої особи, визначеної у Договорі страхування) в отриманні страхової послуги.
- 1.38. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 1.39. Страховий тариф – ставка Страхової премії з одиниці Страхової суми за визначений строк Страхового покриття, який розраховується актуарним методом та залежить від частоти настання Страхового ризику, кількості вибраних Страхових ризиків та розміру Страхової суми.
- 1.40. Страховик – Акціонерне товариство «Страхова компанія «ІНГО», яке є стороною Договору страхування.
- 1.41. Страхувальник – юридичні особи (підприємства, організації і установи незалежно від форми власності) та фізичні особи (суб'єкти підприємницької діяльності, дієздатні громадяни), які уклали зі Страховиком Договір страхування.
- 1.42. Строк страхового покриття - період, протягом якого діє Страхове покриття та в разі настання Страхового випадку під час якого Страховик зобов'язаний здійснити Страхову виплату (відшкодування) відповідно до умов Договору або законодавства.
- 1.43. Строк дії договору страхування (або Строк дії) - встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника та зазначається в Договорі страхування.
- 1.44. Територія страхування – визначений Договором географічний район (селище, село, місто, район, область, країна), в межах якого діє Договір страхування. (географічна зона), на яку поширюється Страхове покриття за Договором страхування, а також обмеження щодо конкретних територій, на які Страхове покриття не поширюється.
- 1.45. Терористичний акт - злочинне діяння у формі застосування зброї, учинення вибуху, підпалу чи інших дій, відповідальність за які передбачена статтею 258 Кримінального кодексу України. У разі, коли терористична діяльність супроводжується вчиненням злочинів, передбачених статтями 112, 147, 258 - 260, 443, 444, а також іншими статтями Кримінального кодексу України, відповідальність за їх учинення настає відповідно до Кримінального кодексу України.
- 1.46. Удосконалений електронний підпис (УЕП), що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису - удосконалений електронний підпис, що створюється з використанням кваліфікованого сертифіката електронного підпису, виданого кваліфікованим надавачем електронних довірчих послуг та не містить відомостей про те, що особистий ключ зберігається в засобі кваліфікованого електронного підпису

1.47. Хронічне захворювання - Захворювання, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з Гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та Ремісії або без таких періодів.

1.48. Чат-бот INGOBOT в месенджері Telegram, Viber, Facebook, Messenger (надалі — Чат-бот) — канал комунікації в месенджері Telegram, Viber, Facebook Messenger, який дозволяє отримати консультаційну підтримку/виконати зобов'язання щодо надання документів, необхідних для здійснення Страхового відшкодування/Страхової виплати, онлайн/дистанційно - без відвідування офісу Страховика.

2.УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.1. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1.1. Об'єктом страхування є здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи.

2.1.1.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не підлягають страхуванню особи, вік яких на момент укладання Договору становить від 71 (сімдесяти одного) року.

2.2. СТРАХОВА СУМА, ПОРЯДОК ЇЇ ВИЗНАЧЕННЯ

2.2.1. Розмір Страхової суми визначається за згодою сторін відповідно до умов Договору страхування.

2.2.2. Страхова сума (Ліміт відповідальності) може встановлюватись Сторонами за:

➤ **окремим:**

- Об'єктом страхування (Застрахована особа);
- Страховим ризиком;
- Страховим випадком;

➤ **групою:**

- Страхових випадків,
- Страхових ризиків;

➤ **в цілому за:**

- Договором страхування;
- усіма Об'єктами страхування (загальна страхова сума).

2.2.3. Після здійснення Страхової виплати Страхова сума зменшується на величину Страхової виплати. Загальна сума Страхових виплат за одним або декількома Страховими випадками не може перевищувати розміру Страхової суми за Договором страхування.

2.3. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

2.3.1. Розмір Страхової премії та/або загальний розмір Страхової премії визначається за згодою сторін та зазначається в Договорі страхування.

2.3.2. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику Страхову премію, як плату за страхування згідно з умовами Договору страхування.

2.3.3. Страхова премія за цими Загальними умовами Страхового продукту визначається шляхом помноження Страхової суми та Страхового тарифу.

2.3.4. Розмір Страхової премії, порядок та строки її сплати визначаються Договором страхування.

2.3.5. Розмір Страхової премії протягом дії Договору страхування може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:

2.3.5.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання Страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру Страхової премії;

2.3.5.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання Страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір Страхової премії без зміни розміру Страхової суми.

2.4. ТЕРИТОРІЯ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.4.1. Територія Страхового покриття визначається за згодою сторін, виходячи з потреби клієнта та зазначається у Договорі страхування.

2.4.2. Договором страхування може бути передбачено обмеження щодо певних територій або щодо виключення певних ризиків на таких територіях та порядок застосування таких обмежень.

2.5. СТРОК ДІЇ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ

2.5.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін Договору страхування і зазначається в Договорі страхування.

2.5.2. Індивідуальними умовами договору страхування можуть бути передбачені часові обмеження щодо дії страхового захисту за Договором страхування (періоди страхування) в межах загального строку дії Договору страхування.

2.6. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ РИЗИКІВ

2.6.1. Перелік Страхових ризиків визначається за згодою сторін, виходячи з потреби Клієнта у страхуванні, та зазначається в Договорі страхування.

2.6.2. Ризики медичного страхування, характеризується обов'язком Страховика відповідно до умов Договору страхування здійснити Страхову виплату шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та/або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги) певного переліку та в обсязі, передбаченому Договором страхування або шляхом оплати їх вартості, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (Страхового ризику), зокрема Захворювання Застрахованої особи, Загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені Договором страхування.

У разі настання Страхового випадку Застрахованій особі можуть надаватись Асистуючі послуги, у порядку передбаченому Договором страхування.

2.6.3. Страховими ризиками за медичним страхуванням цього Страхового продукту можуть бути:

2.6.3.1. Ризик, пов'язаний з витратами на амбулаторно-поліклінічну допомогу (код «D» – для дітей віком до 16-ти років; код «A» – для інших Застрахованих осіб);

2.6.3.2. Ризик, пов'язаний з витратами на стоматологічну допомогу (код «A*»);

2.6.3.3. Ризик, пов'язаний з витратами на стаціонарну допомогу (код «E» – для дітей віком до 16-ти років; код «B» – для інших Застрахованих осіб);

2.6.3.4. Ризик, пов'язаний з витратами на швидку та невідкладну допомогу (код «C»);

2.6.3.5. Ризик, пов'язаний з витратами на ведення вагітності (код «F1»);

2.6.3.6. Ризик, пов'язаний з витратами на пологи (код «F2»);

2.6.3.7. Ризик, пов'язаний з витратами на спеціальні опції (код «SO»);

2.6.3.8. Ризик, пов'язаний з витратами на стани, що визначені в списку виключень (код «EX»)

2.6.4. Конкретний перелік Страхових ризиків і Страхових випадків узгоджується Страховиком і Страхувальником при укладенні Договору страхування і зазначається в Договорі страхування.

2.6.5. Договором страхування (за згодою Сторін) можуть бути передбачені інші ймовірні та випадкові події, що можуть спричинити настання Страхового випадку, та які відповідають Страховому інтересу.

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 в терміні та в розмірі, що передбачені Договором страхування;

3.1.2. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини і факти, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, та протягом Строку дії Договору повідомляти Страховику про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику.

Основні критерії та вимоги до інформації, що має істотне значення для оцінки Страхового ризику зазначені в Додатку №1.

Страхувальник зобов'язаний також дати правдиві відповіді на усі поставлені йому Страховиком питання та надати усю інформацію, що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, зокрема про наявність Страхового інтересу, якщо Страхувальник є Застрахованою особою.

3.1.3. протягом Строку дії Договору страхування повідомляти Страховику про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки вірогідності ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання Страхового випадку та розміру можливих збитків), та/або інших обставин, що впливають на розмір Страхової премії за Договором страхування;

- 3.1.4. забезпечити надання Страховику письмову згоду Застрахованої особи, якщо умовами Договору страхування на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати Страхової премії.
- 3.1.5. повідомити Страховику про інші діючі Договори страхування щодо об'єкту Договору страхування;
- 3.1.6. за запитом Страховика надати заповнену Анкету про стан здоров'я Застрахованої особи (осіб) (Додаток №2), щодо яких укладається Договір страхування;
- 3.1.7. за 10 (десять) днів до початку дії Договору, надати (надіслати засобами електронної пошти) Страховику перелік/ки Застрахованих осіб за формою Страховика;
- 3.1.8. своєчасно передавати інформацію будь-якого змісту. За помилки, допущені при складанні списків Страхувальник несе повну відповідальність перед Страховиком та Застрахованими особами за не своєчасно передану таку інформацію та за такі помилки;
- 3.1.9. надавати інформацію Застрахованим особам про їх права та обов'язки, які передбачені Договором, Загальними умовами;
- 3.1.10. у випадку зміни впродовж дії Договору Медико-соціального статусу Застрахованої особи, сповістити про це Страховика в 15-тиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності.
- 3.1.11. вживати необхідні та доцільні заходи, зокрема рекомендовані Страховиком, щодо запобігання настанню Страхового випадку та зменшення збитків, завданих внаслідок Страхового випадку;
- 3.1.12. інформувати Страховика про настання події, що має ознаки Страхового випадку, у порядку та у строки, визначені Договором страхування, діяти відповідно до умов розділу 6 цих Загальних умов;
- 3.1.13. при укладенні Договору страхування повідомити Страховику про наявність Страхового інтересу, зокрема у Застрахованої особи.
- 3.1.14. **повідомити Застрахованій/-им особі/-ам про укладений на її (їх) користь Договір страхування відповідно до частин другої, третьої статті 90 Закону про страхування.**

Норми чинного законодавства можуть передбачати інші обов'язки Страхувальника.

Умовами Договору страхування можуть передбачатись індивідуальні умови щодо обов'язків Страхувальника.

3.2. Страхувальник має право:

- 3.2.1. ознайомитися із Загальними умовами страхового продукту;
- 3.2.2. вимагати дотримання Страховиком умов Договору, Загальних умов;
- 3.2.3. протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин такої відмови у порядку, передбаченому Законом України "Про страхування", цими Загальними умовами та Договором страхування, окрім випадків коли:
- Строк дії Договору страхування становить менше 30 календарних днів;
 - повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку, за таким Договором;
- 3.2.4. достроково припинити дію Договору страхування у відповідності з цими Загальними умовами страхового продукту або Договором страхування.
- 3.2.5. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у виплаті Страхового відшкодування або розмір Страхового відшкодування, виплаченого Страховиком;
- 3.2.6. змінити Застраховану особу за згодою Страховика, на підставі наданої засобами електронної пошти заяви та ініціювати внесення змін до Договору страхування щодо:
- 3.2.6.1. включення до переліку Застрахованих осіб нової особи;
- 3.2.6.2. виключення певної Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб; припинення дії страхового захисту;
- 3.2.6.3. заміни Застрахованої особи за Договором страхування на іншу особу.
- 3.2.7. ініціювати внесення змін до Договору за попередньою згодою Страховика.
- 3.2.8. одержувати будь-які роз'яснення за Договором.

Норми чинного законодавства можуть передбачати інші права Страхувальника.

Умовами Договору страхування можуть передбачатись індивідуальні умови щодо прав Страхувальника.

3.3. Страховик зобов'язаний:

- 3.3.1. забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування.
- 3.3.2. ознайомити Страхувальника з Загальними умовами, умовами Договору страхування, правами та обов'язками Сторін договору, зокрема з правами та обов'язками Застрахованої особи, які вона набуває, та діями у разі настання події, яка має ознаки Страхового випадку;

- 3.3.3. забезпечити таємницю страхування, відомостей про Застраховану особу, стан її здоров'я та її майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- 3.3.4. при настанні Страхового випадку здійснити Страхову виплату/Страхове відшкодування у строк, передбачений Загальними умовами;
- 3.3.5. повідомити Страхувальнику про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів, банківських реквізитів тощо;
- 3.3.6. своєчасно у порядку, передбаченому умовами Договору страхування, направляти Страхувальнику рахунки на оплату Страхової премії;
- 3.3.7. забезпечити оприлюднення заявки для оформлення можливості відмови від Договору страхування;

Норми чинного законодавства можуть передбачати інші обов'язки Страховика.

Умовами Договору страхування можуть передбачатись індивідуальні умови щодо обов'язків Страховика.

3.4. Страховик має право:

- 3.4.1. при укладанні Договору страхування запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ризику;
- 3.4.2. перевіряти достовірність інформації та документи, що надані Страхувальником/Застрахованою особою, а також вимагати дотримання ними цих Загальних умов та Договору;
- 3.4.3. ініціювати внесення змін до Договору страхування;
- 3.4.4. достроково припинити дію Договору;
- 3.4.5. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика завідомо неправдиві відомості або приховав відомості про обставини, зазначені в п.2.1.1.1., Страховик має право ініціювати визнання Договору страхування недійсним щодо такої особи, як такого, що укладений під впливом помилки.
- 3.4.6. застосувати до Застрахованих осіб оцінку ризику та формування Програми страхування або відмовити у включенні останніх до Договору, або змінити Програму страхування, обрану Застрахованою особою, на основі даних попереднього періоду страхування;
- 3.4.7. до укладання Договору або після його поновлення запропонувати Застрахованій особі пройти анкетування або медичне обстеження для встановлення індивідуальної Програми страхування або відмовити в укладанні Договору на її користь;
- 3.4.8. встановлювати розмір Страхової премії відповідно до тарифів та коефіцієнтів, розрахованих андеррайтингом Страховика з урахуванням обставин, що мають істотне значення для оцінки ризику;
- 3.4.9. перенести дату Страхового відшкодування відповідно до п. 7.2.12.;
- 3.4.10. у будь-який час направляти свого представника до Застрахованої особи, що перебуває в умовах стаціонару Медичного закладу;
- 3.4.11. відмовити в оплаті медичних послуг у випадках, передбачених Розділом 8;
- 3.4.12. вимагати повернення Страхового відшкодування у випадках, передбачених Загальними умовами або Договором страхування;
- 3.4.13. відмовити Застрахованій особі в подальшому обслуговуванні та в односторонньому порядку розірвати з нею Договір, у випадку порушення Застрахованою особою медичних призначень, лікувально-організаційного режиму, морально-етичних норм поведінки з персоналом Медичного закладу та/або Страховика;
- 3.4.14. Ініціювати зміну розміру Страхової премії протягом дії Договору страхування у таких випадках:
 - 3.4.14.1. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру Страхової премії;
 - 3.4.14.2. якщо протягом дії Договору страхування виявлені нові обставини, що збільшують ймовірність настання Страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку, Страховик може збільшити розмір Страхової премії без зміни розміру Страхової суми.
 - 3.4.14.3. У разі відмови Страхувальника від внесення відповідних змін до Договору страхування Страховик має право достроково припинити договір страхування у порядку, передбаченому абзацами четвертим і п'ятим частини четвертої статті 105 цього Закону.
- 3.4.15. вносити зміни в період дії договору до Електронного переліку закладів;
- 3.4.16. не надавати індивідуальну консультацію за Страховим продуктом та/або надавати виключно на письмовий запит клієнта;

Норми чинного законодавства можуть передбачати інші права Страховика.

Умовами Договору страхування можуть передбачатись індивідуальні умови щодо прав Страховика.

- 3.5. Дії або бездіяльність Застрахованої особи має такі ж самі наслідки, як і дії або бездіяльність Страхувальника.
- 3.6. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань Сторони не-суть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.
- 3.7. За несвоєчасне виконання грошових зобов'язань за Договором страхування винна сторона виплачує іншій стороні пеню у розмірі, що визначається умовами Договору страхування.

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

- 4.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:
- 4.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;
- 4.1.2. виконання Страховиком договірних зобов'язань перед Страхувальником/Застрахованою особою у повному обсязі,
- 4.1.3. При достроковому припиненні дії Договору страхування в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі сплачена Страхова премія не повертається.
- 4.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;
- 4.1.5. ліквідації/виключення з державного реєстру Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом, та якщо Застраховані особи не прийняли на себе виконання обов'язків Страхувальника в повному обсязі;
- 4.1.6. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика з підстав, передбачених умовами Договору страхування.
- 4.1.7. набрання сили судовим рішенням про визнання Договору страхування недійсним;
- 4.1.8. якщо з'ясується, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика свідомо неправдиві відомості про обставини, наявність яких відповідно до Загальних умов, Договору зробило б неможливим укладання Договору або призвело до укладання Договору на інших умовах, Страховик має право ініціювати позов до суду про визнання Договору недійсним в цілому або в частині конкретної Застрахованої особи та вимагати дострокового припинення дії Договору. Сторони також можуть домовитись про перерахунок Страхової премії, при цьому Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику різницю Страхової премії;
- 4.1.9. вимоги Страхувальника, при цьому дія Договору може бути припинена по відношенню до деяких Застрахованих осіб з дня наступного за днем подання відповідної заяви Страховику;
- 4.1.10. в інших випадках, передбачених законодавством України та індивідуальними умовами Договору страхування.
- 4.2. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір дострокового припинення Договору сторони зобов'язані повідомити одна одну не пізніше, ніж за 5 (п'ять) календарних днів до бажаної дати припинення Договору.
- 4.3. За вимогою Страхувальника у випадку дострокового припинення дії Договору, в цілому та/або по відношенню до деяких Застрахованих осіб:
- 4.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому Страхову премію за період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю.
- 4.3.2. Повернення Страхової премії здійснюється протягом 10 (десяти) банківських днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від Медичних закладів, в яких відбувалося обслуговування Застрахованих осіб, але не раніше ніж через 40 (сорок) днів з дати повідомлення про припинення дії Договору по відношенню до певних Застрахованих осіб;
- 4.3.3. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком положень Загальних умов, Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю, протягом 10 (десяти) банківських днів з моменту одержання від Страхувальника заяви про повернення Страхової премії. У цьому випадку вимога Страхувальника повинна бути письмово обґрунтована.
- 4.4. У випадку дострокового припинення Договору за вимогою Страховика, крім п. 4.4.1., Страховик повертає Страхувальнику сплачену Страхову премію повністю.

4.4.1. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, Загальних умов, то Страховик повертає йому Страхову премію за період, що залишився до закінчення Строку дії, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору страхування, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. У випадку, якщо на момент дострокового припинення дії Договору страхування претензія Страхувальника щодо отримання Страхового відшкодування внаслідок настання Страхового випадку не врегульована, повернення Страхової премії не проводиться до моменту виплати або відмови у виплаті Страхового відшкодування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним Страхову премію повністю.

4.5. За згодою сторін Договору страхування, після дострокового припинення дії договору щодо Застрахованої особи, грошові кошти сплаченої премії, що залишились, можуть спрямовуватись на оплату чергової частини страхового платежу Страхувальником, у порядку передбаченому нормами чинного законодавства України.

4.6. Зміни в Договір можуть бути внесені тільки за взаємною згодою сторін у письмовій формі шляхом підписання додаткової угоди.

4.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інший порядок внесення змін до Договору, інший порядок дострокового припинення чи розірвання, а також інші правові наслідки, якщо вони не суперечать чинному законодавству 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:

5.1.1. Договорів страхування, Строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

5.1.2. випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки Страхового випадку за цим Договором страхування.

5.2. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховику у письмовій (електронній) формі, отримати яку Ви можете за адресою:

https://ingo.ua/cms/image/uploads/Zayava_na_vidmovu_vid_dogovoru_fiz_osobi_184383295b.docx?v=1707489598246.

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 в порядку та у строки, визначені Договором страхування.

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

6.1. При настанні Страхового випадку Застрахована особа повинна звернутися до структурного підрозділу Страховика, яким надаються Асистуючі послуги за Месенджером, електронною поштою, зазначеними в Договорі страхування, або за багатоканальним номером:

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

6.1.1. Асистуюча послуга надається виходячи з Електронного переліку закладів. Структурний підрозділ Страховика (Контакт-центр) залишає за собою право остаточного вибору Медичного закладу та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги) для організації надання медичних послуг Застрахованої особі;

6.2. У разі настання Страхового випадку Застрахована особа може звернутися в будь-який Медичний заклад та в інші установи або до особи, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), що не має договірних відносин із Страховиком та/або не включена до Електронного переліку закладів, та оплатити медичні послуги самостійно. У цьому випадку, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика **до початку відвідування такого Медичного закладу, установи чи особи у планових випадках або негайно, як тільки з'явиться можливість, в екстрених випадках.**

6.3. При відвідуванні Медичного закладу та інших установ або осіб, що надають або надали медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги) необхідно мати при собі Картку та документ, що засвідчує особу.

6.4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачений інший порядок дій у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, якщо він не суперечить чинному законодавству України.

7. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

7.1. ФОРМА ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

7.1.1. Страховик здійснює страхову виплату оплачуючи вартість послуг з Медичного обслуговування та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), пов'язані з Страховими ризиками, що перераховані у Договорі, в обсязі, що зазначений у Програмі страхування.

7.1.2. Якщо умовами Договору страхування передбачено здійснити Страхову виплату у вигляді відшкодування понесених витрат (їх частини) та/або оплати їх вартості, Страховик має право здійснити виплату:

7.1.2.1. Закладу охорони здоров'я, іншій установі або особі, що надає або надала медичну допомогу, медичні та / або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та / або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги);

7.1.2.2. Асистуючій компанії чи іншій особі, яка діє на підставі договору зі Страховиком, якщо при настанні Страхового випадку така компанія надавала Застрахованій собі Асистуючі послуги та/або оплачує або оплачувала медичну допомогу, медичні та/або інші послуги (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та/або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги), що надаються або були надані Застрахованій особі;

7.1.2.3. Застрахованій особі чи іншій особі, яка понесла витрати та має право на отримання Страхової виплати згідно з умовами Договору страхування та у разі, якщо особа самостійно здійснила оплату медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (зокрема медичне обстеження, забезпечення Лікарськими засобами та/або медичними виробами, профілактично-оздоровчі та реабілітаційні послуги).

7.1.3. Страховик здійснює Страхове відшкодування у випадках, передбачених цими Загальними умовами страхового продукту.

7.1.4. Договором страхування можуть бути передбачені такі варіанти здійснення Страхової виплати в разі настання Страхового випадку:

7.1.4.1. фіксована грошова виплата у межах Страхової суми або у відсотках Страхової суми (ліміту відповідальності);

7.1.4.2. відшкодування понесених витрат у межах страхової суми за отриману Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (зокрема медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;

7.1.4.3. поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

7.1.5. Послуги, що не передбачені Програмою страхування, Застрахована особа оплачує самостійно без участі Страховика та подальшої компенсації.

7.1.6. Призначені лікарем Лікарські засоби Застраховані особи отримують за рецептами лікаря або на підставі заяви, надісланої Страховиком, у обраному Застрахованою особою з Електронного переліку закладів аптечному закладі.

При наявності Безумовної франшизи за цим Страховим ризиком різницю вартості Лікарських засобів Застрахована особа **має сплатити самостійно**, безпосередньо при отриманні Лікарських засобів.

7.1.7. Сторони дійшли згоди щодо використання засобів електронного зв'язку/пошти, сервісів обміну документами для виконання Загальних умов страхового продукту та Договору страхування, виключно зокрема, з метою отримання заяв, скарг, належних копій електронних документів тощо між Сторонами та Застрахованими особами, третіми особами.

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

7.2.1. Для отримання Страхового відшкодування, не пізніше ніж через 30 (тридцять) днів після закінчення терміну дії Договору, Застрахована особа повинна надати Страховику наступні документи:

7.2.1.1. заяву на виплату Страхового відшкодування (Додаток №3) від Страхувальника/Застрахованої особи, на ім'я Голови Правління Страховика, за власноручним підписом та із зазначенням дати складання заяви та/або кваліфікованим електронним підписом, простим електронним підписом ;

7.2.1.2. Оригінал розрахункового документу, що підтверджує факт оплати/здійснення платіжної операції медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (зокрема Лікарські засоби та/або Вироби медичного призначення) у паперовій формі та у формі електронного розрахункового документу, який може бути представлений у вигляді:

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

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

7.2.1.2.3. платіжних та касових банківських документів;

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

7.2.1.2.5. платіжної інструкції з відміткою відповідної фінансової установи про виконання платіжної операції паперовій та/або електронній формі;

Розрахункові документи, виписки з карткового рахунку в електронній формі можуть бути надані Страховику у вигляді посилання/пересилання на отриманий від постачальника послуг, фінансової установи, банку оригінальний примірник електронного розрахункового документа на електронну пошту;

За вимогою Страховика лист надавача медичних послуг щодо підтвердження факту отримання коштів в оплату наданих Застрахованій особі послуг.

7.2.1.3. акт виконаних робіт та/або видаткова накладна - документ, в якому перераховано всі надані послуги відповідно до діючого прейскуранту суб'єкта господарювання в паперовій та/або електронній формі з використанням кваліфікованого електронного підпису уповноваженої особи надавача послуги. Зазначені документи обов'язково мають містити, крім зазначеного, власноручний підпис Застрахованої особи та/або уповноваженої особи Застрахованої особи та/або кваліфікований, простий електронний підпис особи/осіб;

7.2.1.4. оригінали або копії медичних документів, в яких зазначено дату звернення, діагноз, рекомендації лікаря та призначення Лікарських засобів, послуг тощо у формі паперового та/або електронного документа з використанням кваліфікованого електронного підпису лікаря чи уповноваженої особи. Вони можуть бути представлені у вигляді:

7.2.1.4.1. консультативного висновку лікаря з печаткою та підписом лікаря;

7.2.1.4.2. виписки з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о) виключно з печаткою Медичного закладу, підписом та печаткою лікаря і зав. відділення;

7.2.1.4.3. карти виїзду швидкої медичної допомоги (форма №110/о);

7.2.1.4.4. довідки Медичного закладу з печаткою Медичного закладу, підписом та печаткою лікаря;

7.2.1.5. копії документів про державну реєстрацію Медичного закладу:

7.2.1.5.1. від суб'єктів господарювання, що перебувають на спрощеній системі оподаткування, Витяг з реєстру платників єдиного податку та/або посилання на портал електронних сервісів щодо такої реєстрації;

7.2.1.5.2. копія ліцензії Міністерства охорони здоров'я України із зазначенням дозволених видів медичної практики та/або Наказ Міністерства охорони здоров'я України про ліцензування медичної практики з переліком здобувачів ліцензій в паперовій формі та/або відповідне посилання на портал електронних сервісів щодо видачі ліцензії в електронній формі.

7.2.1.5.3. витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців, зокрема інформація про види діяльності за Класифікацією видів економічної діяльності (КВЕД) та/або посилання на портал електронних сервісів інформації щодо такої реєстрації.

Документи, вказані в п. 7.2.1.5. Загальних умов, надаються виключно на запит Страховика при обслуговуванні в державних та відомчих Медичних закладах МОЗ України та у разі отримання послуг у договірному Медичному закладі.

7.2.1.6. копій сторінок паспорта громадянина України, що містять фотографію фізичної особи, а також інформацію про її прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дату народження, реєстрацію місця її проживання, серію та номер паспорта, дату видачі та найменування органу, що його видав (якщо паспорт оформлено у формі книжечки), або копій обох сторін паспорта громадянина України (якщо його оформлено у формі картки, що містить безконтактний електронний носій) за власноручним підписом;

7.2.1.6.1. щодо фізичної особи, паспорт якої оформлено у формі книжечки, копії документа з інформацією про реєстраційний номер облікової картки платника податків або копії сторінки паспорта з відміткою про відмову від прийняття такого реєстраційного номера (якщо особа через свої релігійні переконання відмовилася від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника);

- 7.2.1.6.2. щодо фізичної особи, паспорт якої оформлено у формі картки, що містить безконтактний електронний носій, копії документа з власноручним підписом з інформацією про реєстрацію місця проживання фізичної особи.
- 7.2.1.7. Опитувальний лист та/або інший документ, передбачений нормами чинного законодавства України у сфері фінансового моніторингу.
- 7.2.1.8. Додатково за вимогою Страховика можуть надаватись:
- 7.2.1.8.1. документи з інформацією про місце постійного/тимчасового проживання фізичної особи;
- 7.2.1.8.2. документи, що підтверджує правові підстави постійного/тимчасового проживання фізичної особи на території іноземної країни.
- 7.2.1.9. копію свідоцтва про народження - у разі, якщо страховий випадок відбувся із неповнолітньою Застрахованою особою.
- 7.2.1.10. Додатково:
- 7.2.1.10.1. Для відшкодування витрат за придбані Лікарські засоби та Вироби медичного призначення необхідно надати медичні документи, що підтверджують призначення Лікарських засобів та Виробів медичного призначення в паперовій та/або електронній формі з використання кваліфікованого електронного підпису лікаря, що може бути представлена:
- 7.2.1.10.1.1. копією Листка лікарських призначень (форма №003-4/о), завіреною печаткою та підписом лікуючого лікаря та/або завідуючим лікувального відділення/установи;
- 7.2.1.10.1.2. копією виписки з історії хвороби (епікриз), при стаціонарному лікуванні, з печаткою Медичного закладу, печаткою та підписом лікуючого лікаря та/або завідуючого відділення;
- 7.2.1.10.1.3. копією консультативного висновку лікаря з печаткою та підписом;
- 7.2.1.10.2. Для відшкодування витрат на придбання Виробів медичного призначення - копію Свідоцтва про державну реєстрацію Виробу медичного призначення з додатками (за їх наявності) або Технічний регламент щодо медичних виробів;
- 7.2.1.10.3. У випадку відшкодування стоматологічних послуг стоматологічний діагноз може бути відображений як у медичному документі, так і в Акті виконаних робіт;
- 7.2.1.10.4. Для відшкодування витрат, понесених Застрахованою особою при оплаті послуг медичної установи за пологи, необхідно надати копію виписки з пологового будинку з переліком призначених медикаментів, медичне свідоцтво (довідку) про народження дитини, Акт виконаних робіт з переліком та вартістю наданих послуг, оригінали фінансових документів, перерахованих у пункті
- 7.2.2. Застрахована особа має право оформити заяву про Страхове відшкодування / Страхову виплату (надалі — Заява) в електронній формі та подати документи, необхідні для здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати, за допомогою Чат-боту в месенджері Telegram відповідно до Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Про електронну комерцію» та «Про електронні документи та електронний документообіг».
- 7.2.2.1. Процес оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати, починається з ідентифікації Застрахованої особи в чат-боті шляхом направлення Страховиком одноразового ідентифікатора (номера повідомлення) на мобільний телефон, зазначений при укладенні Договору страхування та введення отриманого одноразового ідентифікатора до відповідного віконечка Чат-боту .
- 7.2.2.2. Застрахована особа надає свою добровільну та беззаперечну згоду на обробку Заяви Страховиком вчиненням наступної сукупності дій:
- а) перехід за відповідним посиланням для входу у Чат-бот;
- б) ознайомлення з етапами процесу оформлення Заяви та підтвердження згоди на її оформлення в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення страхової виплати / страхового відшкодування шляхом натискання кнопки «Далі»;
- в) введення отриманого ідентифікатора;
- г) натискання кнопки «Підтверджую коректність вводу» після завершення процесу оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення Страхового відшкодування/Страхової виплати. Вчинення всіх зазначених дій означає прийняття Заяви в електронній формі та є виконанням обов'язку надати документи, передбачені Загальними умовами, та необхідні для прийняття Страховиком рішення про здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати або відмови у виплаті з урахуванням вимог щодо форми, якості, змісту та обсягу цих документів та права Страховика вимагати подачі оригіналів зазначених документів.
- 7.2.2.3. Датою і часом подання Заяви та документів за допомогою Чат-боту є дата і час завершення процесу оформлення Заяви в електронній формі та подачі документів, необхідних для здійснення Страхового відшкодування/ Страхової виплати. Застрахована особа отримує підтвердження подання Заяви та

документів за допомогою Чат-боту у формі електронного документа. За необхідності Заява, надана за допомогою Чат-боту, може бути відтворена на паперовому носії. На письмову вимогу Застрахованої особи Заява виготовляється у письмовому вигляді протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання такої вимоги Страховиком та підписується власноруч Застрахованою особою.

7.2.2.4. У випадку подання неналежно оформленої Заяви не Застрахованою особою - особою, яка не має прав, передбачених умовами Договору страхування на отримання Страхової виплати / Страхового відшкодування згідно з Цивільним кодексом України - така Заява вважається неподаною, про що Страховик повідомляє особу (в тому числі засобами телекомунікаційного зв'язку та Чат-боту). У такому випадку Застрахована особа має право подати заяву на виплату Страхового відшкодування в письмовій формі в офісі Страховика.

7.2.3. Документи, необхідні для здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати, які подаються за допомогою Чат-боту, повинні відповідати наступним вимогам:

7.2.3.1. вимогам, які ставляться до «належної копії документа», тобто повинні містити точне знакове відтворення змісту чи інформації оригіналу документа, що досягається шляхом сканування, фотографування оригіналу документа (а в передбачених Загальними умовами випадках також копії документа, завіреної органом, який його видав, або нотаріально) або чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, зокрема мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо, що дозволяє їх візуальне сприйняття;

7.2.3.2. надані у вигляді файлів, які забезпечують можливість його збереження на технічних засобах і допускають після збереження можливість пошуку і копіювання довільного фрагмента тексту засобами для перегляду;

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

7.2.3.4. Містити підписи уповноважених осіб, органів, що їх видав.

7.2.4. Застрахована особа повинна подати:

7.2.4.1. у разі настання події, що має ознаки Страхового випадку, за Договором копії наступних документів:

- довідку з банку/мобільного додатку банку про відкриття банківського рахунку для перерахування Страхової виплати з реквізитами поточного рахунку Застрахованої особи;

- оригінал розрахункового документу згідно з п. 7.2.1.2.;

- акт виконаних робіт та/або видаткова накладна згідно з п. 7.2.1.3.;

- медичних документів згідно з п. 7.2.1.4.;

- документів про державну реєстрацію суб'єкта господарювання згідно з п. 7.2.1.5.;

- документи, що засвідчують особу згідно з п. 7.2.1.6.;

7.2.5. У випадку подання документів, необхідних для здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати за допомогою Чат-боту, які не відповідають вимогам щодо форми, якості, змісту цих документів або в неповному обсязі, Страховик повідомляє Застраховану особу (в тому числі засобами електронної пошти, телефонного зв'язку).

7.2.6. Якщо документів, зазначених в п.7.2.4, Страховику недостатньо для визначення обставин Страхового випадку та здійснення Страхового відшкодування / Страхової виплати, або існують сумніви щодо наданих документів, або не надано документів, передбачених законодавством України у сфері фінансового моніторингу, Страховик може вимагати надання документів щодо Страхового випадку, передбачених цими Загальними умовами страхового продукту шляхом направлення повідомлення на засоби зв'язку Застрахованої особи. У випадку отримання Застрахованою особою вимоги Страховика подати документи поштою (рекомендованим листом) або особисто за адресою місцезнаходження Страховика, Застрахована особа зобов'язана подати документи зазначеним способом у формі і строки, передбачені відповідним Договором страхування. При цьому строк прийняття Страховиком рішення про здійснення Страхового відшкодування/Страхової виплати та про відмову у виплаті починає діяти з дати отримання Страховиком усіх необхідних документів.

7.2.6.1. Особа, яка має право на отримання Страхового відшкодування/Страхової виплати, зобов'язана надати документи, передбачені законодавством України про фінансовий моніторинг щодо вивчення, ідентифікації/верифікації особи, у спосіб та у терміни, а також у вигляді (оригіналів чи копій), що зазначені у запиті Страховика.

7.2.6.2. У випадку порушення строків надання зазначених документів встановлених у запиті Страховика, строки виплати Страхового відшкодування/Страхової виплати подовжуються на відповідну кількість днів прострочення надання документів.

7.2.7. Розрахунок суми повернення відбувається відповідно до умов Договору страхування.

7.2.8. Страховик зобов'язаний прийняти рішення та здійснити Страхове відшкодування або відмовити у здійсненні останнього протягом 21 (двадцяти одного) робочого дня з дня отримання від

Страховальника/Застрахованої особи повного пакету документів. При відмові у здійсненні Страхового відшкодування Страховик надсилає рішення у письмовій формі Страховальнику/ Застрахованій особі.

7.2.9. Днем виплати Страхового відшкодування вважається день списання грошових коштів з рахунку Страховика або день здійснення виплати із каси Страховика.

7.2.10. Страховальник / Застрахована особа зобов'язана повернути Страхову виплату на підставі письмової вимоги Страховика, при встановленні факту ненадання інформації про укладенні Договори страхування з іншими Страховиками та/або отримання Страхового відшкодування за цим випадком від іншого Страховика/ів.

7.2.11. Страховальник / Застрахована особа зобов'язана повернути Страховику отримане Страхове відшкодування (або його відповідну частину), якщо після отримання Страхового відшкодування збитки Страховальника будуть відшкодовані іншими особами.

7.2.12. В окремих випадках, коли надані Страховику документи суперечать один одному чи не дають можливості однозначно з'ясувати обставини і характер випадку, що має ознаки страхового, термін прийняття рішення може бути подовжено до 60 (шістдесят) робочих днів з дня отримання всіх документів.

8. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

8.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні виплати Страхового відшкодування є:

8.1.1. якщо витрати виникли після закінчення строку дії Договору, зокрема дострокового, за винятком випадків, коли Страховий випадок, що потребує лікування в стаціонарних умовах, виник під час дії Договору. У цьому випадку відповідальність Страховика продовжується до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але триває не більше 15 (п'ятнадцяти) днів;

8.1.2. навмисні дії Страховальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання Страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;

8.1.3. вчинення Страховальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання Страхового випадку;

8.1.4. подання Страховальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, або про факт настання Страхового випадку;

8.1.5. не надання Страховику необхідної достовірної інформації щодо обставин Страхового випадку;

8.1.6. звернення за наданням Медичних послуг страхування особи, з якою Страховиком не укладено Договір страхування та яка може мати та/або пред'явити документи та/або Картку Застрахованої особи;

8.1.7. невиконання Страховальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених Договором та/або Загальними умовами;

8.1.8. передбаченому розділу 10 Загальних умов та виключеннями до Договором страхування;

8.1.9. якщо Застрахована особа не надала Страховику або представнику доступ до інформації, що пов'язана зі Страховим випадком або подією, яка має ознаки Страхового випадку;

8.1.10. у разі невиконання п.6.2. розділу 6 Загальних умов.

8.1.11. інші випадки, передбачені законом та умовами Договору страхування.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Перед укладанням Договору страхування Страховик забезпечує Страховальника доступною та вичерпною інформацією про Страховий продукт, Страховика та страхового посередника (за наявності) з урахуванням специфіки Страхового продукту та потреб клієнта.

9.2. Договір страхування може укладатися шляхом приєднання у порядку, встановленому діючим законодавством.

9.3. Договір страхування укладається виключно в письмовій формі у формі паперового та/або електронного документу з дотриманням вимог законодавства України про мови, на підставі письмової або зробленої іншим чином заяви Страховальника. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити всі необхідні документи щодо предмету Договору страхування та іншу інформацію, яка необхідна для встановлення ступеню ризику та укладання Договору страхування. Після укладання Договору страхування заява та інша інформація і ствердження, зроблені Страховальником чи від його імені, вважаються невід'ємною частиною Договору страхування. Заповнена заява на страхування не зобов'язує Сторони укладати Договір страхування.

9.4. При укладанні Договору страхування або внесенні змін до нього Страховальник у погоджений Сторонами спосіб надає Страховику інформацію та/або відповідні документи, передбачені нормами чинного законодавства для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації, вивчення Страховальника та осіб, які мають право на отримання страхової виплати, ідентифікації

кожного Об'єкту страхування, що дає змогу однозначно встановити такий об'єкт та визначити Страховий інтерес, повідомляє Страховика про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.5. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний надати Страховику достовірну інформацію про інші чинні договори страхування щодо предмета та Об'єкта Договору страхування.

9.6. Документи для укладення (підписання) Договору страхування та в межах його виконання (в тому числі первинні) можуть підписуватись/укладатись у формі паперового та/або електронного документа.

9.6.1. При укладенні Договору страхування у паперовій формі, Сторони договору підписують Договір страхування власноручними підписами та скріплюють печатками, в разі їх наявності. Страхувальнику надається примірник Договору страхування одразу після його підписання обома Сторонами.

9.6.2. Підписання Договору страхування у формі електронного документа може відбуватися за допомогою підпису, вчиненого Сторонами/Стороною у системі електронного документообігу (СЕД). Такі договори укладаються з дотриманням норм Законів України «Про електронні документи та електронний документообіг», «Про електронну комерцію», «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», Положення НБУ «Про використання електронного підпису та електронної печатки».

9.7. Процес укладення й підписання Договору страхування у формі електронного документа за допомогою СЕД для Страхувальників - юридичних та фізичних осіб.

9.7.1. Для укладення Договору страхування у СЕД шляхом підписання Сторонами за допомогою КЕП/УЕП, простим електронним підписом Страхувальника (фізичної особи), КЕП/УЕП, останній, попередньо ознайомившись на сайті Страховика із Загальними умовами страхового продукту, умовами Договору страхування надає Страховику або його представнику інформацію та/або відповідні належні документи, передбачені нормами чинного законодавства (п.9.4 цих Загальних умов) для проведення Страховиком належної перевірки, ідентифікації та верифікації Страхувальника та осіб (якщо вони ідентифіковані на момент укладання Договору страхування), які мають право на отримання страхової виплати (Вигодонабувачі/ч), та повідомляє Страховика про обраний ним спосіб підписання Договору страхування.

9.7.2. Обмін електронними документами здійснюється за допомогою сервісів електронного документообігу, в тому числі, але не виключно, за допомогою сервісу «ВЧАСНО» (<https://vchasno.ua/>), та відповідно до правил таких сервісів/систем документообігу із застосування кваліфікованих електронних підписів Сторін та/або удосконалених електронних підписів та/або простого електронного підпису Страхувальника, позначки дати та часу їх вчинення.

9.7.3. Договір страхування у формі електронного документа містить всі реквізити та умови аналогічного Договору страхування у формі паперового документа. При цьому, слова «укласти», «підписати», «надати», «передати», «вручити», які зустрічаються в тексті Договору страхування (додатках до нього), при використанні КЕП,УЕП, простого електронного підпису передбачають, що такий документ буде укладений/ підписаний/ переданий/ наданий/ вручений через Сервіс документообігу.

9.7.4. Кожна зі Сторін Договору страхування для забезпечення електронного документообігу використовує власні технічні ресурси.

9.7.5. Строки створення і надсилання електронних документів відповідають строкам, що встановлені для створення і надсилання документів у письмовій формі.

9.7.6. Кожна зі Сторін Договору страхування самостійно несе відповідальність за достовірність електронного документа та накладення на нього електронного підпису.

9.7.7. Договір страхування у вигляді електронного документа вважається укладеним з моменту накладення уповноваженим представником однієї зі Сторін останнього у часі електронного підпису (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу). Договір страхування набирає чинності в порядку, передбаченому Договором страхування, і діє протягом Строку дії, який зазначений в такому Договорі страхування.

9.7.8. Примірник Договору страхування вважається отриманим Стороною, якщо на оригінал електронного документа в інформаційно-комунікаційній системі, що використовується Сторонами, накладено електронні підписи (КЕП/УЕП з кваліфікованою позначкою часу) уповноваженими представниками обох Сторін.

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

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

9.7.11. Сторона, у якої виникли технічні проблеми, повідомляє іншу Сторону у будь-який зручний спосіб. У разі призупинення оформлення електронних документів, Сторони створюють і підписують їх

в паперовій формі в порядку, передбаченому Договором страхування.

9.7.12. Після усунення технічних проблем Сторони, за письмовим погодженням, можуть повернутись до використання електронних документів.

9.8. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися Страховим полісом, Сертифікатом, які є формою Договору страхування. У міжнародних системах страхування, які вимагають застосування уніфікованих умов страхування, договори страхування укладаються у формі та відповідно до таких умов страхування з урахуванням вимог, передбачених Законом України «Про страхування».

9.9. Договір страхування, Додатки та Додаткові угоди повинні розглядатися разом як один договір.

9.10. У випадку втрати діючого Договору страхування, укладеного у формі паперового документу, Страховик надає Страхувальнику дублікат.

9.11. Договором страхування може бути визначений один або декілька способів ідентифікації та верифікації Страхувальника, Вигодонабувача [у випадках, передбачених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»] з дотриманням вимог, визначених нормативно-правовими актами Національного банку України з питань здійснення установами фінансового моніторингу, який проводить Страховик або представник Страховика, з переліку наступних способів для укладення договору страхування у формі електронного документа та/або паперового:

9.11.1. Для Страхувальників-фізичних осіб:

9.11.1.1. отримання Страховиком копії ідентифікаційного документа та довідки про присвоєння РНОКПП, засвідчених КЕП особи/споживача ідентифікаційного документа за допомогою застосування Державного підприємства «ДІЯ» напряму чи через агрегаторів, послуги яких використовуються як механізм укладення договорів;

9.11.1.2. отримання Страховиком через Систему BankID НБУ ідентифікаційних даних;

9.11.1.3. зчитування Страховиком ідентифікаційних даних із безконтактного електронного носія, імплантованого до ID-картки, збереження протоколу проведеної автентифікації під час здійснення процедури та здійснення фотофіксації особи з використанням методу розпізнавання реальності особи та особи з власним ідентифікаційним документом, а саме сторінки/сторони, що містить фото власника, з подальшим накладенням КЕП уповноваженим працівником установи та кваліфікованої електронної позначки часу на отриманий електронний документ, що містить фото.

9.11.2. Для Страхувальників-юридичних осіб:

9.11.2.1. отримання через застосунки Страховика від Страхувальника (представника Страхувальника) офіційних документів у вигляді належним чином засвідчених копій та у формі заповненого опитувальника Страховика, підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника;

9.11.2.2. отримання Страховиком інформації від Страхувальника (представника Страхувальника) щодо ідентифікаційних даних з офіційних джерел або інших надійних джерел, визначених Національним Банком України, та у формі заповненого опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника;

9.11.2.3. отримання Страховиком у вигляді безоплатного доступу через портал електронних сервісів ідентифікаційних даних, що містяться в ЄДР та стосуються державної реєстрації Страхувальника (представника Страхувальника) та отримання установчих документів юридичної особи шляхом їх пошуку за кодом доступу, наданим/введеним представником Страхувальника. Якщо в ЄДР немає установчих документів, то Страховик отримує їх у вигляді належним чином засвідченої копії зареєстрованого установчого документа та у формі заповненого опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника.

9.11.3. Для представників, підписантів юридичних осіб-Страхувальників:

9.11.3.1. використовуються способи верифікації аналогічні як для фізичних осіб;

9.11.3.2. отримання Страховиком необхідних ідентифікаційних даних у формі заповненого опитувальника, підписаного КЕП керівника Страхувальника-юридичної особи;

9.11.3.3. отримання Страховиком заповненого Страхувальником опитувальника (на сайті або в застосунку Страховика), підписаного КЕП уповноваженою особою Страхувальника.

9.12. Інформація, що надається відповідно до п.9.11. стосовно ідентифікаційних даних, та офіційні документи мають бути чинними (дійсними, актуальними) на момент їх подання.

У разі настання суттєвих змін в діяльності Страхувальника або в іншій інформації, що надавалася Страховику, або щодо втрати чинності/обміну ідентифікаційного документа, Страхувальник (представник Страхувальника) в обов'язковому порядку зобов'язаний сповістити та надати Страховику, через його застосунки або іншими визначеними Договором страхування способами, інформацію щодо даних чинного документа та копії чинного документа не пізніше одного місяця з настання змін.

9.13. Страхувальник (представник Страхувальника) зобов'язаний надати на запит Страховика щодо з'ясування актуальності/чинності та актуалізації ідентифікаційних даних та офіційних документів, інформацію та документи самостійно або іншим способом, що визначений Договором страхування.

10. ВИНЯТКИ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

10.1. Перелік виключень (збитки та витрати, що не підлягають відшкодуванню) визначаються окремим додатком до Договору страхування та/або окремим розділом в умовах Договору страхування.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори між сторонами Договору страхування щодо дотримання умов страхування вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відповідно до цих Загальних умов та Договору страхування.

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

12.1. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник повідомляє Страховика про таку подію за наступними контактними даними:

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

за адресою: Україна, 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33
e-mail: medexpert@ingo.ua

13. ІНШІ УМОВИ

13.1. Ці Загальні умови страхового продукту починають свою дію з «17» червня 2024 року.

13.2. Строк дії цих Загальних умов страхового продукту необмежений.

13.3. Зміни до Загальних умов страхового продукту вносяться шляхом викладення їх у новій редакції, яка розробляється, затверджується та зберігається таким же чином, як і нові Загальні умови страхового продукту.

13.3.1. Із введенням в дію нової редакції Загальних умов страхового продукту попередня редакція таких Загальних умов припиняє дію. Нові Договори страхування за Страховим продуктом укладаються відповідно до нової редакції Загальних умов.

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

13.4. Виконання Страховиком своїх зобов'язань щодо однієї із Застрахованих осіб за Договором, включення або виключення особи до/з переліку Застрахованих осіб та/або заміна Застрахованої особи не є підставою для зміни Строку дії Договору страхування здоров'я по відношенню до інших Застрахованих осіб та/або припинення такого Договору страхування в цілому.

Інформація, що має істотне значення, а також індивідуальні ознаки об'єкта страхування, які використовуються Страховиком для оцінки Страхового ризику. Основні критерії та вимоги до неї.

У кожному конкретному випадку для оцінки Страхового ризику по одній Застрахованій особі або по групі Застрахованих осіб Страховиком може використовуватися наступна інформація:

- точна назва компанії (у випадку колективного страхування);
- вік;
- стать;
- рід діяльності;
- географічне розміщення;
- історія виплат;
- інша інформація, яка дозволяє оцінити ймовірність настання Страхового випадку та можливі розміри завданих збитків.

На користь особи, яка на момент укладання Договору страхування страждає/страждала:

- психічними захворюваннями, розладами поведінки;
- важкими захворюваннями нервової системи;
- важкими захворюваннями ендокринної системи;
- важкими захворюваннями серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба 2 або 3 ступенів, ішемічна хвороба серця 2 - 4 функціонального класу, аритмія серця та ін.);
- злоякісними новоутвореннями;
- уродженими аномаліями й вадами розвитку, спадковими та генетичними аномаліями; або є
- інвалідом I, II, III групи, дитиною-інвалідом до досягнення 18 років або інвалідом дитинства;
- носієм ВІЛ або хвора на СНІД;
- професійним спортсменом або спортсменом-аматором

може бути укладено Договір страхування за згодою Страховика лише за умови, якщо до укладання Договору страхування Страховик був письмово повідомлений Страхувальником про наявність зазначених обставин. Якщо при укладенні Договору страхування Страховику не було повідомлено про наявність зазначених обставин, він вправі відмовитися від такого Договору страхування.

Вказана вище інформація може надаватися Страхувальником у письмовій формі шляхом заповнення заяви на страхування або надсилання повідомлень засобами електронного зв'язку.

АНКЕТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

Інформація, надана в цій анкеті буде розглядатися суворо конфіденційно.

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Посада, сфера діяльності _____

Дата народження _____

Стать: чоловік

жінка

Зріст _____ см Вага _____ кг

Кількість цигарок в день _____
(Якщо не палите, вкажіть «0»)

1. Страждали Ви коли-небудь, лікувалися або зверталися до лікаря з приводу захворювань:

1.1. Серцево-судинної системи (ревматизм, шуми в серці, захворювання коронарних артерій, болі за грудиною, утруднення дихання, серцебиття, інфаркт, серцева недостатність, стенокардія, задишка, вроджені вади серця, порушення роботи клапанів серця, підвищений артеріальний тиск, захворювання кровеносних судин, порушення кровообігу, інсульт і т.д.)

Так Ні

1.2. Опорно-рухової системи (м'язів, кісток, суглобів, зв'язок, сухожиль, кінцівок, хребта, наприклад: остеохондроз, ревматизм, артрит, подагра, грижі міжхребцевого диска, зміщення дисків або інші захворювання хребта, м'язова дистрофія, травми і т.д.)

Так Ні

1.3. Органів травлення (гастрит або підозра на нього, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, коліт, часті діареї, закрепи, відрижка, гикавка, печія, захворювання жовчного міхура, печінки або підшлункової залози (гепатити, панкреатит, жовчокам'яна хвороба, холецистит і т.д.)

Так Ні

1.4. ЛОР-органів і системи зору (виділення з вух, запалення, порушення координації, погіршення слуху, дефекти зору (зокрема знижена гострота зору, знижена ступінь рефракції, захворювання сітківки, оптичний неврит, катаракта, глаукома, короткозорість, далекозорість, із зазначенням діоптрій), часто повторювані тонзиліти або ангіни і т.д.)

Так Ні

1.5. Ендокринної системи (зокрема діабет, захворювання щитовидної залози, порушення обміну речовин: підвищений рівень вмісту ліпідів, холестерину в крові, подагра тощо)

Так Ні

1.6. Сечостатевої системи (захворювання або порушення функції нирок, сечового міхура або статевих органів: наявність в аналізах сечі білка, лейкоцитів, еритроцитів і т.д., часті набряки, сечокам'яна хвороба, гломерулонефрит, пілонефрит, простатит, венеричні хвороби і т.д.)

Так Ні

1.7. Психічних і нервових захворювань (епілепсія, припадки, провали в пам'яті, втрата свідомості, запаморочення, головний біль, напади тремтіння, двоїння в очах, паралічі, хвороба Паркінсона, поліомієліт, хвороба рухових нейронів, ретробульбарний неврит, розсіяний склероз, хвороба Альцгеймера, стан тривоги або депресії і т. д.? Чи були у Вас спроби самоубства?)

Так Ні

1.8. Органів дихання (бронхіальна астма, бронхіт, нав'язливий кашель, туберкульоз, пневмонії тощо)

Так Ні

1.9. Доброякісних, злоякісних пухлин (Рак, новоутворення, кіста або пухлини будь-якого виду і локалізації, зокрема захворювання крові)

Так Ні

1.10. Захворювання крові (зокрема анемія, порушення в системі згортання і т.д.)

Так Ні

У разі відповіді «ТАК» на питання 1.1. - 1.10. надайте детальну інформацію:

(діагноз, з якого часу спостерігається у лікаря, чи приймає регулярно медикаменти, чи запланована операція)

2. Чи маєте Ви якісь інші захворювання, проблеми зі здоров'ям або пошкодження, не зазначені в пункті №1? Якщо «ТАК», вкажіть детальну інформацію:

так ні

3. Встановлювали Вам групу інвалідності, чи перебуваєте Ви на обстеженні для МСЕК з приводу встановлення інвалідності? Якщо «ТАК», вкажіть групу, причину та чи була інвалідність скасована.

так ні

4. Чи вживаєте Ви більше ніж 0,5 л міцних алкогольних напоїв або 3 л слабоалкогольних напоїв на тиждень? Якщо «ТАК», вкажіть деталі.

так ні

5. Чи маєте Ви у цей момент страхове покриття по Страхуванню на випадок хвороби (зокрема медичне страхування) (окрім страхового покриття в ІНГО)? Якщо «ТАК», вкажіть назву страхової компанії, перелік ризиків, страхову суму.

так ні

6. Чи були Ваші заяви на укладення договору страхування відхилені, відкладені або прийняті на спеціальних умовах. Якщо «ТАК», вкажіть причини.

так ні

7. Чи плануєте Ви участь в експедиціях, екстремальних подорожах, відвідування гарячих точок? Якщо «ТАК», вкажіть які країни, орієнтовний час перебування та мету.

так ні

8. Чи проходили Ви діагностику або лікування, пов'язане з ВІЛ, СНІД, гепатити або захворюваннями, які передаються статевим шляхом? Якщо «ТАК», надайте уточнення.

так ні

9. Перебуваєте Ви на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом? Якщо «ТАК», вкажіть де саме:

так ні

10. Чи займаєтесь Ви або збираєтесь займатися небезпечними видами спорту (альпінізм, занурення в воду на глибину понад 25 метрів, дельтапланеризм, стрибки з парашутом, гірські лижі, участь у будь-яких змаганнях (уточніть, будь-ласка), польоти на планері або літаку і т.д.)? Якщо «Так», вкажіть подробиці.

так ні

Я підтверджую, що вся інформація, викладена в цій Анкеті, є повною і правдивою. Я усвідомлюю, що неправдиві і неповні відомості можуть стати причиною відмови у страховій виплаті.

ПІБ _____

(підпис)

Дата _____

Голові Правління АТ «СК «ІНГО»
Гордієнку Ігорю Миколайовичу
Застрахованої особи _____

(вказати П.,І.,П Застрахованої особи)
Що мешкає за адресою: _____

(вказати точний індекс поштового відділення і адресу)
Картка мед. страхування (поліс) № _____
Страхувальник (місце роботи) _____
Контактний телефон № _____
E-mail: _____

З А Я В А **на виплату страхового відшкодування**

Прошу відшкодувати мені суму в розмірі _____ гривень _____ копійок
(_____)

(вказіть, будь-ласка, суму прописом)

за: *(виділіть, будь ласка, потрібну клітинку)*

- Вироби медичного призначення (лікарські засоби)
- Обслуговування в медичній установі: _____

(укажіть, будь-ласка, повну назву установи та адресу розташування)

згідно з оригіналами фінансових та звітних документів, прикладених до цієї Заяви:

(відзначте, будь-ласка, потрібний осередок)

- Фіскальний чек РРО/ПРРО - _____ шт.
- Квитанції з банку/Платіжна інструкція банку (у випадку безготівкової оплати) - _____ шт.
- Акт виконаних робіт з переліком отриманих послуг та їх вартістю - _____ шт.
- Договір про надання послуг

копій медичної документації та реєстраційних документів Медичного закладу

- Консультативний висновок - _____ шт.
- Виписки з медичної карти (форма №027/о) - _____ шт.
- Карта виїзду бригади швидкої допомоги (форма №110/о) - _____ шт.
- Довідка Медичного закладу - _____ шт.
- Виписний епікриз
- Листки лікарських призначень (код форми за ЗКОД №003-4/о) - _____ шт.
- Виписка з Реєстру платників податку суб'єкта господарювання
- Витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців, включно з інформацією про види діяльності за КВЕД
- Ліцензія Міністерства охорони здоров'я або Наказ МОЗ України про ліцензування медичної практики з переліком одержувачів ліцензій;
- Свідоцтво про державну реєстрацію товару медичного призначення / Технічний регламент на товари медичного призначення
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного податкового номера
- Копія паспорту (в разі обслуговування дитини – Свідоцтво про народження дитини)/Копія ID карти і Виписки з Єдиного державного демографічного реєстру реєстрації місця проживання;

Страхове відшкодування прошу оформити (потрібне відзначити):

- 1. На мій рахунок, для чого додатково надаю довідку з банку про розрахунковий рахунок (у форматі IBAN)

Назва банку _____

2. Видати готівкою в касі АТ «СК «ІНГО» за адресою: м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33, 1 поверх (час роботи – пн. чт.: 9.00-18.00, пт.: 9.00-16.45. Перерва на обід з 13.00 до 14.00. При собі мати паспорт або водійське посвідчення, свідоцтво про народження дитини - у випадку одержання відшкодування за дитину).

Я підтверджую, що надана мною інформація та документи є достовірними.

Я надаю згоду, у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» №2297-VI, щодо збору, обробки та використання моїх персональних даних АТ «СК «ІНГО» у цілях здійснення страхової діяльності, підтверджую, що ознайомлений(на) про свої відповідні права, мету збору даних та осіб, яким вони можуть надаватись.

Я надаю згоду АТ «СК «ІНГО» на отримання, а всім іншим особам на надання будь-якої інформації та відповідних документів щодо стану мого здоров'я, в тому числі всього, що становить медичну таємницю, за відповідним запитом АТ «СК «ІНГО».

« _____ » _____ 202_ року

_____ (підпис Застрахованої особи)

Прохито, пронумеровано
та скріплено печаткою 23
(*Федісма мш*) арк.



Федісма мш
Горіордієнко