



Додаток № 1  
до Наказу № 066-ОД  
від 15 листопада 2024 року

## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

*Ця редакція Загальних умов страхового продукту страхування на випадок хвороби, (далі Загальні умови) діє з 19.11.2024 р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування цих Загальних умов.*

*Договір страхування на випадок хвороби, Генеральний договір страхування на випадок хвороби (далі - Договір, Договір страхування, Генеральний договір), укладений за цією редакцією Загальних умов, діє на цих Загальних умовах до закінчення строку його дії, крім випадків внесення відповідних змін до Договору страхування за згодою сторін.*

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

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

*Загальні умови надаються Страхувальнику в паперовій або електронній формі, зокрема 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.*

*ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС» не пропонує страхові продукти, розроблені відповідно до цих Загальних умов, разом із супутнім/додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складовою одного пакета страхування.*

*Договори страхування укладаються відповідно до Закону України «Про страхування», Ліцензії на здійснення діяльності зі страхування від 22.04.2024 року (строк дії з 22.04.2024 року), Загальних умов страхового продукту страхування на випадок хвороби в межах Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», включає ризик в межах класу страхування: 1) страхування на випадок хвороби.*

### 1. ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬСЯ В ДОГОВОРІ СТРАХУВАННЯ

1.1. **Асистуюча компанія** – юридична особа, яка діє від імені та за рахунок Страховика на підставі договору доручення, укладеного із Страховиком, та забезпечує обслуговування договорів медичного страхування в частині організації надання медичної допомоги, медичних та інших послуг Застрахованій особі згідно з умовами Договору страхування (далі – Асистанс, Асистуюча компанія, Сервісна служба/компанія).

1.2. **Вигодонабувач** – особа, що призначається Страхувальником згідно з умовами договору страхування для отримання страхової виплати, і стосовно якої у Страхувальника є наявний страховий інтерес.

1.3. **Гостре захворювання** – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання медичної допомоги, і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю.

1.3.1. **Загострення хронічного захворювання** – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до настання періоду ремісії. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкої дисфункції якого-небудь органу) або до виникнення загрози життю.

- 1.3.2. **Хронічне захворювання** – тривале, прогресуюче захворювання, яке характеризується чергуванням періодів загострення та ремісії.
- 1.3.3. **Загроза життю та здоров'ю** – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до важкого та тривалого розладу функцій організму, його окремого органу, або смерті.
- 1.4. **Госпіталізація (екстрена)** – перебування Застрахованої особи в стаціонарному відділенні медичного закладу (лікувального закладу) більше 3 (трьох) діб поспіль за медичними показаннями через загострення та/або ускладнення Хвороби та/або Критичного захворювання (передбачених Страховим покриттям за Договором), що виникли протягом строку дії Договору страхування та можуть загрожувати життю Застрахованої особи.
- 1.5. **Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатності якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою.
- 1.6. **Медико-санітарна допомога** – комплекс організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на встановлення діагнозу, усунення чи зменшення симптомів і проявів захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернулась Застрахована особа, для нормалізації її життєдіяльності, покращення чи відновлення здоров'я (далі – медична допомога).
- 1.7. **Невідкладна допомога** – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виникає внаслідок гострих захворювань, загострення хронічних захворювань, нещасних випадків і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших ускладнень.
- 1.8. **Невідкладний стан** – це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованої особи, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.
- 1.9. **Медичний заклад** – заклад (лікувальний заклад) та/або установа системи охорони здоров'я або фізична особа-підприємець, що має відповідну ліцензію МОЗ України на медичну практику, із яким Страховиком або Асистансом укладений договір про співробітництво щодо надання медичної допомоги Застрахованим особам.
- 1.10. **Медикаментозне забезпечення** – лікувального процесу Застрахованої особи здійснюється мережею аптечних установ, що мають відповідну ліцензію (далі – аптека), та мають договірні відносини із Асистансом або Страховиком. Медикаменти надаються на підставі рецепта лікаря відповідного медичного закладу, де надаються медичні послуги (далі – медикаменти, лікарські засоби).
- 1.11. **Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я** (далі МКХ) – єдиний міжнародний нормативний документ для формування системи обліку і звітності в охороні здоров'я, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Діючою вважається редакція на дату настання страхового випадку, при виникненні розбіжностей у трактуванні діагнозу пріоритетним визнавати розділ МКХ.
- 1.12. **Нещасний випадок** – раптові непередбачувані події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що фактично відбулися в період дії Договору та спричинили смерть або розлад здоров'я Застрахованої особи, викликані ушкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату, заподіяними зовнішнім впливом (впливом зовнішніх факторів). До нещасних випадків також відносяться випадкове потрапляння у дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, тепловий удар, опік, укуси тварин, комах, змій, обмороження, ураження електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування.
- 1.12.1. **До зовнішніх факторів** можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.
- 1.12.2. **Травматичні ушкодження** – ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, тепловий удар, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, змій, комах і потребують невідкладної медичної допомоги
- 1.13. **Програма страхового продукту** (або Програма страхування, Програма) – строкові, вартісні та територіальні складові страхового покриття, що пропонуються Страхувальнику окремо в межах цих Загальних умов, з визначеним переліком ризиків, обмежень страхування, винятків із страхових випадків, підстав для відмови у здійсненні страхової виплати, розміром страхової суми та/або ліміту (лімітів) відповідальності, страхової премії або страхового тарифу, видом та розміром франшизи.
- 1.14. **Постійна повна втрата працездатності** – документально підтверджений стан здоров'я (функцій

організму) людини, який повністю унеможливилює виконання роботи визначеного обсягу, професії, що настав внаслідок Хвороби, Критичного захворювання, Хвороби, спричиненої Нещасним випадком, триває 12 (дванадцять) місяців поспіль і котрий не має вірогідності відновлення стану здоров'я (функцій організму) людини після закінчення вказаного терміну до такого стану, який існував до настання хвороби, критичного захворювання, хвороби, що є наслідком нещасного випадку.

**1.15. Опція програми страхування** – визначені умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених Програмою страхування.

**1.16. Поліклініка (амбулаторія)** – багатопрофільна чи спеціалізована лікувально-профілактична установа для надання амбулаторної медичної допомоги хворим на прийомі та (або) вдома.

**1.17. Ремісія** - стадія хронічного захворювання, яка настає спонтанно або внаслідок лікування, для якої характерно стихання / зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.

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

**1.19. Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС».

**1.20. Страхова виплата** – грошові кошти, що виплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування.

**1.21. Страхова премія** – плата у грошовій формі за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

**1.22. Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. В межах страхової суми можуть бути встановлені обсяги зобов'язань (ліміти зобов'язань) Страховика за окремим страховим випадком, опцією в межах страхового випадку або по групі страхових випадків.

**1.23. Страхове покриття** – сукупність строкових, територіальних та вартісних складових страхового захисту, що надається відповідно до Договору.

**1.24. Страховий випадок** – подія, передбачена Договором, ризик виникнення якої застрахований, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування.

**1.25. Страховий ризик** – подія, на випадок виникнення якої проводиться страхування, яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**1.26. Страховий тариф** – ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений строк страхового покриття.

**1.27. Страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

**1.27.1. Страхувальник**, який уклав Договір страхування, об'єктом якого є його життя, здоров'я, працездатність, на власну користь - одночасно є Застрахованою особою.

**1.27.2.** Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір на користь фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені в Реєстр Застрахованих осіб (далі – Реєстр/Список Застрахованих осіб). Реєстр/Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору, укладається у кількості примірників Договору (у разі укладення у паперовій формі).

**1.28. Строк страхового покриття** – період, протягом якого діє страхове покриття та в разі настання страхового випадку Страховик зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов Договору.

**1.29. Стаціонар** – структурний підрозділ системи охорони здоров'я або форма лікувально-профілактичного закладу для надання медичної допомоги фізичним особам в умовах цілодобового перебування під постійним наглядом медичних працівників.

**1.30. Територія страхування** – визначений Договором географічний район (селище, село, місто, район, область, країна), в межах якого діє Договір (географічна зона), на яку поширюється страхове покриття за Договором, а також обмеження щодо конкретних територій, на які страхове покриття не поширюється.

**1.31. Травматологічний пункт** – відділення поліклініки або стаціонару, призначене для надання медичної допомоги хворим з травмами. У травматологічному пункті надається перша кваліфікована травматологічна допомога; травматологічне і ортопедичне лікування (до повного одужання) хворих, що не потребують госпіталізації.

**1.32. Тимчасова втрата працездатності** – документально підтверджена втрата працездатності, яка тимчасово та повністю перешкоджає Застрахованій особі виконувати свої звичайні службові чи професійні

обов'язки. Тимчасова втрата працездатності має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин - до закінчення причин відсторонення від роботи.

1.33. **Таємниця страхування** – сукупність інформації про клієнта та його фінансовий стан, яка стала відома Страховику (перестраховику) або Страховому посереднику у зв'язку з укладанням та/або виконанням Договору страхування (перестраховування) та розголошення якої може заподіяти матеріальну чи моральну шкоду такому клієнту. Таємниця страхування належить до таємниці фінансової послуги.

1.34. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може встановлюватися як у відсотках від страхової суми та/або розміру збитків, так і в грошовому еквіваленті, та передбачає зменшення розміру страхового відшкодування по кожному страховому випадку на розмір такої франшизи.

1.34.1. **Часова франшиза** – період часу, що починається з дати укладення Договору, протягом якого Страховик не несе зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою). Події, які відбулися в період часової франшизи не розглядаються Страховиком.

1.35. При укладенні Договору його Сторони можуть передбачити інші терміни та їх визначення або змінити визначення понять та термінів вказаних в цьому розділі, про що буде зазначено в Договорі/Генеральному договорі.

1.36. **Хірургічне (оперативне) втручання** - комплексний вплив на тканини або органи Застрахованої особи, що проводиться кваліфікованим лікарем з метою лікування в умовах медичного закладу за допомогою інвазивного та малоінвазивного методів хірургічного втручання.

1.37. Інші поняття та/або терміни, які вживаються в Договорі, використовуються у значеннях, визначених Законами України «Про страхування», «Про фінансові послуги та фінансові компанії», іншими актами законодавства України.

## 2. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПОКРИТТЯ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

2.1. **Предметом Договору** є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором.

2.2. **Об'єкт страхування** - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи, зазначеної у Договорі.

2.3. **Перелік Хвороб**, вперше виявлених в житті Застрахованої особи протягом дії Договору страхування:

2.3.1. Інфекційні та паразитарні хвороби;

2.3.2. Новоутворення

2.3.3. Хвороби серцево судинної системи;

2.3.4. Хвороби крові, кровотворних органів;

2.3.5. Хвороби нервової системи;

2.3.6. Хвороби органів зору та слуху;

2.3.7. Хвороби кістково м'язевої системи та сполучної тканини;

2.3.8. Хвороби органів дихання;

2.3.9. Хвороби органів травлення;

2.3.10. Хвороби сечостатевої системи;

2.3.11. Хвороби ендокринної системи;

2.3.12. Інші захворювання за умови погодження Сторонами Договору.

2.4. **Хронічне захворювання (хвороба)** – передбачена Договором, з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або щорічними періодами загострень, або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин й органів.

2.5. **Критичне захворювання** – важкі порушення нормальної життєдіяльності організму, що діагностовано профільним спеціалістом, обумовлене функціональними та/або морфологічними змінами, і становлять загрозу для життя.

Договором може бути передбачений наступний перелік критичних захворювань/станів, вперше виявлених в житті Застрахованої особи протягом дії Договору страхування:

2.5.1. Рак;

2.5.2. Інфаркт міокарду;

2.5.3. Ісульт;

2.5.4. Гостра печінкова недостатність;

2.5.5. Гостра ниркова недостатність;

2.5.6. Гостра серцево-легенева недостатність;

2.5.7. Кома;

2.5.8. Коронарне шунтування;

- 2.5.9. Трансплантація життєво важливих органів/трансплантація кісткового мозку;
- 2.5.10. Масивні тяжкі опіки;
- 2.5.11. Втрата функцій органів чуття (сліпота, глухота, німота);
- 2.5.12. Втрата кінцівок (апутація)
- 2.5.13. Параліч (втрата функцій кінцівок);
- 2.5.14. Хірургічне втручання на аорті;
- 2.5.15. Хірургічне втручання на серцевому клапані;
- 2.5.16. Розсіяний склероз (достовірне виявлення розсіяного склерозу);
- 2.5.17. Інші захворювання за умови погодження Сторонами їх включення в страхове покриття за умовами Договору страхування.

**2.6. На умовах цих Загальних умов, Договором може бути передбачено:**

- 2.6.1. Інфікування ЗО (медичних працівників) вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) під час виконання професійних обов'язків;
- 2.6.2. Інфікування ЗО (медичних працівників) вірусом гепатиту В під час виконання професійних обов'язків;
- 2.6.3. Інфікування ЗО (медичних працівників) вірусом гепатиту С під час виконання професійних обов'язків;
- 2.7. Кваліфікація хвороби та/або захворювання здійснюється Страховиком відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (ICD-10 або МКХ-10).
- 2.8. Терміни «хвороба» та «захворювання», вжиті в цих Загальних умовах мають тотожне значення та не суперечать одне одному.

**2.9. Договором/Генеральним договором може бути передбачено:**

2.9.1. **Щоденна виплата** - сума страхової виплати за повну добу знаходження в стаціонарі, яка може розраховуватися в розмірі проценту від страхової суми (ліміту за цим ризиком) або в розмірі добутку абсолютної суми виплати на кількість днів стаціонарного лікування зазначених в Договорі. День госпіталізації в стаціонар та день виписки враховується як одна повна доба, за виключенням франшизи. Застосовується в разі настання Тимчасової повної втрати працездатності.

2.9.2. **Необхідні, невідкладні та виправдані медичні витрати:** необхідні медичні послуги та препарати, підтвержені документально, які є необхідними для лікування, але не включають в себе збори, яких не було б стягнуто у випадку відсутності страхового покриття за Договором страхування, добровільні (благодійні) внески, виключаючи медичні препарати та медичні послуги, застосування яких не є обов'язковим для лікування наслідків відповідної Хвороби та/або Критичного захворювання та/або Хвороби, спричиненої нещасним випадком згідно з встановленими нормами медичних протоколів та відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (ICD-10 або МКХ-10).

2.9.3. **Період очікування** – період від початку дії Договору, в кількості днів, протягом яких діє обмеження страхового покриття за Договором в цілому чи за окремими ризиками, передбаченими умовами Договору, для Застрахованих осіб.

Хвороби та/або критичні захворювання, в тому числі хвороби, що виникли внаслідок нещасного випадку та були діагностовані/повідомлені в період очікування для Застрахованої особи не вважаються страховим випадком і страхова виплата по таких випадках не здійснюється.

Період очікування складає 90 (дев'яносто) календарних днів з дати набрання чинності Договором, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

2.9.4. **Покриття пасивних воєнних ризиків** – надання для цивільних Застрахованих осіб розширеного покриття з включенням хвороб, спричинених нещасним випадком - внаслідок отримання випадкових травм, що настали внаслідок воєнних дій в межах підконтрольних уряду України територій, де не ведуться активні бойові дії, при дотриманні Застрахованими особами чинних правил, попереджень та обмежувальних розпоряджень уряду України / Компетентних органів, без активної участі у збройному конфлікті та воєнних діях.

2.9.5. **Покриття воєнних ризиків** – для Застрахованих осіб - Військовослужбовців, які проходять дійсну військову службу у складі Збройних сил України, Державній прикордонній службі України, Національній гвардії України та у інших військових формуваннях, відповідно до Закону України.

2.10. Страховий ризик, який визначається Договором, має відповідати наступним ознакам:

- 1) вірогідність та ймовірність настання;
- 2) неможливість передбачити конкретний час, місце, обставини настання події, а також розмір шкоди в разі настання страхового випадку;
- 3) відсутність ймовірності невідворотності настання події в період дії Договору, про що Страховальник або Страховик заздалегідь були або мали бути повідомлені;

4) настання події спричинить негативні матеріальні наслідки для страхового інтересу Страхувальника або інших осіб;

5) настання події не пов'язано з навмисними діями Страхувальника або інших осіб, визначених у Договорі страхування, і не передбачає отримання неправомірної вигоди.

**2.11. Страховим ризиком** за укладеним на підставі цих Загальних умов Договору визнається подія, що відбулась через хворобу (включаючи: захворювання, інфікування, хірургічне (оперативне) втручання/ускладнення після хірургічного (оперативного) втручання), що сталася із Застрахованою особою у період дії Договору, а саме:

2.9.6. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби та/або критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, загострення та/або ускладнення хронічної хвороби (в тому числі хірургічне (оперативне) втручання та/або ускладнення після хірургічного (оперативного) втручання) на яку Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування і які призвели до смерті протягом періоду дії Договору страхування;

2.9.7. Постійна непрацездатність Застрахованої особи / встановлення групи інвалідності внаслідок хвороби та/або критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, які призвели до постійної повної непрацездатності та/або призначення групи інвалідності Застрахованій особі;

2.9.8. Тимчасова втрата працездатності внаслідок хвороби та/або критичного захворювання, вперше виявлених (діагностованих) в житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, загострення та/або ускладнення хронічної хвороби (в тому числі хірургічне (оперативне) втручання та/або ускладнення після хірургічного (оперативного) втручання) на яку Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування і які призвели до тимчасової втрати працездатності у період дії Договору страхування.

2.9.9. Критичне захворювання, вперше діагностоване в житті Застрахованої особи протягом періоду дії Договору страхування;

2.9.10. Екстренна госпіталізація Застрахованої особи до медичного закладу внаслідок виникнення критичних захворювань, передбачених Договором страхування;

2.9.11. Хірургічне (оперативне) втручання внаслідок виникнення хвороб, критичних захворювань, загострення та/або ускладнення хронічної хвороби передбачених Договором страхування.

2.9.12. Ускладнення у результаті хірургічного (оперативного) втручання.

2.9.13. Конкретний перелік ризиків, які включені в страхове покриття за Договором страхування визначаються Договором.

2.12. Ризик «страхування на випадок хвороби» класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» не передбачає:

12.12.1. Страхування на випадок настання нещасного випадку та/або страхування на випадок настання виключно професійного захворювання, передбачених за класом страхування 1 «Страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання)», крім настання хвороби, спричиненої нещасним випадком.

12.12.2. Медичне страхування.

12.12.3. Страхове покриття згідно із Загальними умовами за класом страхування 2 не включає медичне страхування. Тут і надалі в тексті Загальних умов та Договорі за класом страхування 2 зазначається «Страхування на випадок хвороби».

2.13. **Страховий випадок** – настання хвороби, захворювання, інфікування, виникнення критичного захворювання, хірургічного (оперативного) втручання з переліку, зазначеному в п. 2.5, п. 2.6 Загальних умов, ризик виникнення якої застрахований за Договором, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору.

2.14. **Строк дії Договору.**

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

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

2.15. **Територія страхового покриття** визначається за згодою сторін, виходячи з потреби клієнта та зазначається у Договорі.

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

Договором може бути обумовлено місце надання медичної допомоги – конкретний перелік медичних закладів, у яких Застрахована особа може отримати медичну допомогу згідно з умовами Договору.

Договір не діє на території України, на яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження, та населені пункти, що розташовані на лінії зіткнення або знаходяться в зоні воєнних дій будь-

якого характеру, визначених офіційними документами згідно з вимогами законодавства України, незалежно від офіційного визнання війни за нормами права .

**2.16. Страхова сума (ліміт відповідальності).**

Страхова сума може бути встановлена за окремим страховим ризиком, групою страхових ризиків, хворобою та/або критичним захворюванням, загостренням та/або ускладненням хронічної хвороби, за хірургічним (оперативним) втручанням та/або ускладненням після хірургічного (оперативного) втручання, договором страхування в цілому або на інших умовах, зазначених у Договорі страхування.

Договором страхування можуть бути передбачені обмеження розміру страхової виплати (ліміти відповідальності Страховика) за окремим страховим ризиком, групою страхових ризиків, хворобою та/або критичним захворюванням, загостренням та/або ускладненням хронічної хвороби, за хірургічним (оперативним) втручанням та/або ускладненням після хірургічного (оперативного) втручання.

**2.17. Страховий тариф та страхова премія.**

2.17.1. Розмір страхової премії та/або загальний розмір страхової премії визначається за згодою сторін та зазначається в Договорі.

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

2.17.3. Страхова премія визначається шляхом помноження страхової суми та страхового тарифу.

2.18. **Франшиза** може встановлюватися як у відсотках страхової суми, так і в грошовому еквіваленті.

Розмір франшизи та умови її застосування зазначається у Договорі.

2.19. Умовами Договору страхування можуть передбачатись індивідуальні умови для Застрахованої особи відповідно до Програми страхування, умови якої зазначаються у Договорі/Генеральному договорі.

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

**3.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:**

3.1.1. До укладання Договору отримати від Страховика інформацію щодо умов Страхового продукту та Договору, інформацію про Страховика, Страхового посередника (якщо Договір укладається при посередництві страхового посередника) та іншу інформацію, визначену законодавством України.

3.1.2. На отримання суми страхової виплати, у разі настання страхового випадку в порядку та на умовах, передбачених Договором.

3.1.3. Призначити Вигодонабувача, та змінювати його до настання страхового випадку; Вигодонабувачем може бути особа, яка має страховий інтерес, пов'язаний з об'єктом страхування.

3.1.4. Змінити Застраховану особу за згодою Страховика, на підставі наданої засобами електронної пошти заяви та ініціювати внесення змін до Договору щодо: включення до переліку Застрахованих осіб нової особи; або виключення певної Застрахованої особи з переліку Застрахованих осіб; припинення дії страхового захисту.

3.1.5. Отримати дублікат Договору у разі втрати його оригіналу протягом строку дії Договору, для чого потрібно звернутися до Страховика з письмовою заявою про надавання дубліката. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і виплати страхового відшкодування згідно з втраченим примірником не здійснюються.

3.1.6. Ініціювати внесення змін і доповнень до умов Договору та (або) дострокове припинення дії Договору на умовах, передбачених Договором, за умови письмового повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення;

3.1.7. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити виплату страхового відшкодування або його розмір.

**3.2. Страховик має право:**

3.2.1. Перевіряти достовірність наданої Страхувальником інформації, документацію, що стосується об'єкта страхування за Договором, виконання Страхувальником умов Договору, а також вимагати надання додаткових документів, що мають значення для оцінки ступеня страхового ризику, при укладенні Договору і у будь-який момент строку його дії.

3.2.2. Страховик має право: перевіряти інформацію, надану Страхувальником при укладенні та протягом дії Договору.

3.2.3. З'ясувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі подані Страхувальником/Застрахованою особою документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру збитку; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

3.2.4. Перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи для уточнення діагнозу, що підтверджують факт настання страхового випадку, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я. Страховик має право вимагати проходження

медичного обстеження Застрахованою особою в закладі охорони здоров'я, визначеному Страховиком. В такому разі Страховик сплачує всі прямі та супутні витрати, пов'язані з таким обстеженням за свій рахунок.

3.2.5. Відмовити у страховій виплаті/відшкодуванні у випадках, передбачених Договором страхування, зокрема, **Розділу 10 та Розділу 12** Загальних умов, та у разі, якщо Застрахована особа не надала Страховику всіх необхідних документів, передбачених Договором, які підтверджують факт настання страхового випадку чи документи надані в неналежному стані.

3.2.6. Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

3.2.7. Відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір, відстрочити страхову виплату у разі порушення з боку Страхувальника/Застрахованої особи порядку обслуговування, дій у разі настання страхового випадку та у випадках, передбачених Договором та Загальними умовами.

3.2.8. Вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховику отриманих за Договором страхових виплат/відшкодувань, якщо після укладення Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про об'єкт страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику.

3.2.9. На отримання Декларацій про стан здоров'я (заяв) Застрахованих осіб від Страхувальника.

3.2.10. Страховик залишає за собою право відмовити Страхувальнику/Застрахованій особі у прийнятті на страхування у випадках передбачених Договором, а також за результатами призначеного Страховиком медичного обстеження та/або у разі недотримання вікових обмежень встановлених для Застрахованих осіб.

### **3.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:**

3.3.1. Перед укладенням Договору інформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір укладається за участі 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 (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору, та/або про розмір страхової премії за Договором.

3.3.2. Впродовж 3 (трьох) робочих днів повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей зазначених у Договорі та у Декларації). У разі збільшення ступеня ризику – на вимогу Страховика укласти додаткову угоду до Договору і внести додаткову страхову премію.

**3.3.3. Повідомити Застрахованій/-им особі/-ам про укладений на її (їх) користь Договір відповідно до частин другої, третьої статті 90 Закону України «Про страхування».**

3.3.4. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору.

3.3.5. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.

3.3.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.

3.3.7. Погоджувати зі Страховиком або Асистансом, телефони якої зазначені у Договорі, всі дії, у разі настання страхового випадку.

3.3.8. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистанса або Страховика.

3.3.9. Надати право доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

3.3.10. Надати Декларацію про стан здоров'я (заяви) Застрахованої особи щодо якої укладається Договір, якщо такі умови передбачені Договором.

3.3.11. Уживати всіх необхідних заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку.

3.3.12. Повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину) у термін 30 календарних днів, якщо після здійснення Страховиком цієї виплати стануть відомі такі обставини, що відповідно до чинного законодавства України, Програми страхування або цього Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату.

3.3.13. Виконувати умови Договору.

3.3.14. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передавання інформації, що є комерційною таємницею (таємниця страхування) Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

### **3.4. Страховик зобов'язаний:**

3.4.1. До укладення Договору на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні.

3.4.2. Перед укладанням Договору надати Страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про Страховика у обсязі, визначеному



законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання Договору або про відмову від укладання Договору.

3.4.3. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

3.4.4. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

3.4.5. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

3.4.6. Виконувати інші обов'язки, передбачені умовами укладеного Договору або Законом України «Про страхування».

3.4.7. Забезпечувати збереження інформації, що становить таємницю страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

3.5. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність згідно з законодавством України.

**3.6. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені у розмірі 0,01% від суми простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діє під час виникнення заборгованості від суми, що підлягає сплаті.**

3.7. З метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, Страхувальник на вимогу Страховика має надати Страховику документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страхувальника/Вигодонабувача (у разі визначення такої особи у Договорі).

3.8. Умовами Договору/Генеральним договором можуть передбачатись індивідуальні умови щодо прав та обов'язків Страховика та Страхувальника в залежності від умов страхового покриття та/або Програми страхування.

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

4.1. Усі зміни та доповнення до Договору здійснюються за згодою Сторін та оформлюються додатковими договорами у письмовому вигляді у двох примірниках, кожен з яких підписується Сторонами та розглядається як невід'ємна частина Договору. Зміни та доповнення до умов Договору вносяться шляхом укладення додаткового договору до Договору **протягом 5 (п'яти) робочих днів** з моменту отримання заяви іншою Стороною. Якщо будь-яка зі Сторін Договору не згодна на внесення змін до умов Договору, в той же строк вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

З моменту отримання заяви однією зі Сторін про зміни та доповнення до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договір продовжує діяти на попередніх умовах.

4.2. Дія Договору 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. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи (крім випадків, передбачених **статтею 100 Закону України «Про страхування»**) чи у разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи недієздатним;

4.2.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

4.2.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;

4.2.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.

4.3. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика (без необхідності отримання згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору). Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу **не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів** до дати припинення дії Договору, якщо інший строк не передбачений Договором/Генеральним договором.

4.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням фактичної частки витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, зазначеної у Договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

4.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням фактичної частки витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, зазначеної у Договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

4.6. Страховик зобов'язаний повернути страхову премію або її частину не пізніше ніж протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** від дати дострокового припинення дії Договору та врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових випадків (здійснення страхових виплат або прийняття рішення про відмову у виплаті), якщо такі випадки відбулися до дати припинення Договору.

4.7. При достроковому припиненні дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.

4.8. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо сплата страхової премії здійснювалась в безготівковій формі.

4.9. Строк дії укладеного Договору не може бути продовжений.

4.10. При укладенні Договору Сторони можуть змінити визначений порядок внесення змін, дострокового припинення у такому Договорі відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором.

4.11. У разі припинення Страховиком діяльності та виконання страхового портфеля Страховик повертає Страхувальнику сплачені страхові премії повністю.

**4.12. Гранична максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, складає 60% від страхової премії.**

## 5. ПОРЯДОК ВІДМОВИ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

а) Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;

б) випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором, при цьому:

5.1.1. про намір відмовитися від Договору Страхувальник повідомляє Страховика у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика, або шляхом надсилання електронного документу на адресу Страховика [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com) з накладенням на таке повідомлення електронного підпису Страхувальника;

5.1.2. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування, згідно з цими Загальними умовами, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом **15 (п'ятнадцяти) робочих днів** після отримання відповідної заяви Страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.

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

6.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа (або його представник) повинна:

6.1.1. негайно зв'язатись із Асистанс та/або Страховиком за вказаними у Договорі телефонами та повідомити наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Сервісної картки/Договору;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
- докладний опис обставин, що склалися та обсяг необхідної медичної допомоги.

6.1.2. Узгодити із Асистанс та/або Страховиком всі свої подальші дії з отримання медичної допомоги та діяти у суворій відповідності до інструкцій і рекомендацій Асистанс та/або Страховика.

6.2. У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин (у випадку невідкладного стану Застрахованої особи) не змогла зв'язатись із Асистансом та/або Страховиком для отримання необхідних медичних послуг, вона повинна при першій же можливості (але не пізніше 48 годин з моменту настання події) повідомити Страховика та/або Асистанс про факт звернення до медичного закладу.

6.3. Повідомлення про смерть Застрахованої особи повинне бути надане Асистанс та/або Страховика того ж дня, коли про це стало відомо.

6.4. Договором/Генеральним договором може бути визначений окремий порядок дій Страхувальника/Застрахованої особи при настанні випадку, що має ознаки страхового в залежності від страхового покриття.

## **7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ЗБИТКІВ.**

7.1. Для одержання страхової виплати Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач у випадку настання страхової події, що може бути визнана страховим випадком відповідно до умов Договору надає Страховику документи, необхідні для здійснення страхової виплати:

7.1.1. у випадку захворювання та/або тимчасової втрати працездатності протягом - 30 (тридцяти) календарних днів з дня настання страхової події/відновлення працездатності;

7.1.2. у випадку встановлення інвалідності - протягом 6 (шести) місяців з дня настання страхової події;

7.1.3. у випадку смерті Застрахованої особи – протягом 9 (дев'яти) місяців з дня настання страхової події; документи, необхідні для здійснення страхової виплати.

7.2. Перелік документів, які необхідні для здійснення страхової виплати:

7.2.1. заява про здійснення страхової виплати (виплати страхового відшкодування) встановленої Страховиком форми;

7.2.2. оригінал (дублікат, копію) Договору;

7.2.3. документи, що відповідно до законодавства України дозволяють ідентифікувати Застраховану особу та одержувача страхової виплати: паспорт (для дітей віком від 1 до 16 років – свідоцтво про народження) або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою; копію довідки (картки) про присвоєння ідентифікаційного номера або реєстраційний номер облікової картки платника податків;

7.2.4. виписка з карти амбулаторного або стаціонарного хворого (Застрахованої особи), підписану відповідальною особою та засвідчену печаткою закладу охорони здоров'я, або довідку закладу охорони здоров'я встановленої форми, в якій мають бути зазначені місце, дата, час та обставини настання страхового випадку, дата та час звернення до закладу охорони здоров'я, діагноз, опис події, що призвела до страхового випадку;

7.2.5. висновок про наявність алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння у Застрахованої особи в момент події, що має ознаки страхового випадку, виданий компетентним державним органом або закладом охорони здоров'я, якщо Застраховану особу було направлено на таке обстеження;

7.2.6. копія ліцензії Страхувальника на здійснення відповідного виду медичної практики, крім державних і комунальних закладах охорони здоров'я;

7.2.7. у разі інфікування (захворювання) Застрахованої особи ВІЛ під час виконання нею професійних обов'язків:

а) витяг із журналу реєстрації аварій при наданні медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та роботі з ВІЛ-інфікованим матеріалом, який ведеться у порядку, затвердженому МОЗ України;

б) довідку про обстеження на антитіла до ВІЛ, проведене протягом 5 (п'яти) днів після аварії, з негативним результатом;

в) довідку про обстеження на антитіла до ВІЛ, проведене протягом перших 3 (трьох) місяців після аварії, з позитивним результатом (довідки про обстеження на антитіла до ВІЛ видаються закладами охорони здоров'я у порядку, який визначається МОЗ України);

7.2.8. У разі інфікування Застрахованої особи вірусом гепатиту В під час виконання нею професійних обов'язків:

а) довідку про обстеження на маркери (специфічні антигени, антитіла, ДНК) гепатиту В (анти-НВс IgG, НВсAg, анти-НВс IgM та інші – методами ПЛР, ІФА), проведене протягом 5 (п'яти) днів після аварії, з негативним результатом;

б) клініко-лабораторне підтвердження діагнозу, у тому числі про наявність у крові маркерів гепатиту В (специфічних антигенів, антитіл, ДНК), а саме: анти-НВс IgG, НВсAg, анти-НВс IgM, НВе Ag, анти-НВе, ДНК ВГВ та інших – із застосуванням методів ПЛР, ІФА і таке інше;

7.2.9. у разі інфікування Застрахованої особи вірусом гепатиту С, що передається парентеральним шляхом, під час виконання нею професійних обов'язків:

а) довідку про обстеження на маркери (специфічні антигени, антитіла, РНК) гепатиту С (анти-ВГС IgG, IgM, РНК-ВГС, ВГС core Ag та інші, методами ПЛР, ІФА), проведене протягом 5 (п'яти) днів після аварії, з негативним результатом;

б) клініко-лабораторне підтвердження діагнозу, у тому числі про наявність у крові маркерів гепатиту С (специфічних антигенів, антитіл, РНК), а саме: анти-ВГС IgG, IgM, РНК-ВГС, ВГС core Ag та інших.

7.2.10. у разі тимчасової втрати працездатності Застрахованою особою (стаціонарного або амбулаторного лікування) – е-листок непрацездатності;

7.2.11. випадку смерті Застрахованої особи – свідоцтво про смерть; довідку закладу охорони здоров'я про причину смерті; матеріали компетентних органів про розслідування причин смерті; документ, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою;

7.2.11.1. виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувально-профілактичного закладу та інші медичні документи належного зразку (консультативні висновки, дані обстежень, тощо), які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування;

7.2.12. випадку встановлення інвалідності Застрахованій особі – довідку медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності.

7.3. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій, за умови надання можливості Страховику звірити ці копії з оригіналами документів.

7.4. Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити Застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

7.5. Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди, а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається Сторонами у Договорі/Генеральному договорі в залежності від страхового покриття.

7.6. Договором страхування може бути передбачена фіксована грошова виплата у межах страхової суми або у відсотках страхової суми (ліміту відповідальності).

## 8. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Порядок та умови визначення розміру страхової виплати при настанні страхового випадку погоджується сторонами та зазначається в договорі страхування.

8.2. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби (включаючи: захворювання, інфікування тощо), Страховик виплачує спадкоємцям Застрахованої особи 100% страхової суми.

8.3. У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок хвороби (включаючи: захворювання, інфікування тощо), Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої визначається у відсотках страхової суми:

8.3.1. від 90 до 100 % - у разі встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності;

8.3.2. від 50 до 80 % - у разі встановлення Застрахованій особі II групи інвалідності;

8.3.3. від 40 до 60 % - у разі встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності.

8.3.4. При встановленні первинної інвалідності неповнолітній Застрахованій особі розмір страхової виплати може становити від 80% до 100% страхової суми.

8.4. У разі тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи внаслідок хвороби (включаючи: захворювання, інфікування тощо), Договором страхування за згодою сторін може бути передбачено один із двох варіантів страхової виплати, Страховик здійснює страхову виплату:

8.4.1. у розмірі від 0,05 % до 0,7 % страхової суми за кожний день непрацездатності або лікування, але не більше 60 % страхової суми, якщо інше не передбачено умовами Договору.

8.4.2. фіксовану грошову виплату в межах страхової суми (ліміту відповідальності) у відсотках від страхової суми в розмірі, визначеному у Таблиці виплат «Перелік Хвороб, що покриваються Договором страхування», що є Додатком 1 до цих Загальних умов та розміщені на сайті Страховика за посиланням [https://inter-policy.com/wp-content/uploads/2024/06/2\\_tabliczya-viplat\\_strahuvannya\\_na\\_vipadok\\_hvorobi\\_z\\_19\\_11\\_2024.pdf](https://inter-policy.com/wp-content/uploads/2024/06/2_tabliczya-viplat_strahuvannya_na_vipadok_hvorobi_z_19_11_2024.pdf).

8.5. У разі смерті або встановлення інвалідності Застрахованій особі після тимчасової втрати працездатності та отримання Застрахованою особою частини страхової виплати згідно з умовами Договору страхування, Застрахованій особі або Вигодонабувачу, спадкоємцям виплачується різниця між виплатою, передбаченою в разі встановлення інвалідності або смерті Застрахованої особи, та вже здійсненою страховою виплатою.

8.6. Загальний обсяг страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії договору страхування, не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), встановленої договором страхування для Застрахованої особи.

8.7. Конкретний розмір страхової виплати та конкретні умови здійснення страхових виплат встановлюється за згодою Сторін, в залежності від страхового покриття та/або Програми страхування при укладанні Договору/Генерального договору та зазначається у ньому.

## 9. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

9.1. Страхова виплата підлягає виплаті після повного встановлення обставин, причин та обсягу наданої медичної послуги, внаслідок настання страхового випадку, на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати та страхового акту, складеного Страховиком.

9.2. Протягом **10 (десяти) робочих днів** з дня отримання всіх необхідних документів згідно з переліком, наведеним у **Розділі 7** Загальних умов, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати зі

складенням страхового акту або про відмову у здійсненні виплати.

9.3. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик, **протягом 10 (десяти) робочих днів** з дня прийняття такого рішення, повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

9.4. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу) **впродовж 10 (десяти) робочих днів** з дня складення страхового акту про здійснення страхової виплати.

9.5. Страховик має право відстрочити здійснення страхової виплати до з'ясування обставин страхової події на **період до 6 (шести) місяців** при виникненні обґрунтованих сумнівів щодо інформації, наданої Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем(-ями) Застрахованої особи).

9.6. Договором/Генеральним договором можуть бути передбачені інші умови та строки страхової виплати (виплати страхового відшкодування) в залежності від страхового покриття та/або Програми страхування.

## **10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

10.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні виплати страхового відшкодування є:

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

10.1.2. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;

10.1.3. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;

10.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/ Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених Договором страхування, якщо це призвело до неможливості Страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди;

10.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;

10.1.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору.

10.2. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку згідно законодавства України.

10.3. При укладенні Договору/Генерального договору Сторони можуть передбачити інший перелік підстав для відмови у страховій виплаті відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором/Генеральним договором та законодавства.

## **11. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

11.1. До укладення Договору/ Генерального договору, Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.

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

11.3. Перед укладенням Договору 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.

11.4. Договір укладається у письмовій формі у паперовому вигляді або як електронний документ, електронний Договір (правочин) відповідно до Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги», законодавства у сфері електронної комерції, укладення електронних Договорів (правочинів).

11.5. Страхувальник перед укладенням Договору страхування зобов'язаний проінформувати 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, у тому числі про наявність страхового інтересу, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування. До обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, відносяться:

11.5.1. Інформацію про чинні договори страхування, укладені щодо об'єкта страхування.

11.5.2. відомості про Застраховану особу: прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження та інша інформація щодо ідентифікації Застрахованої особи відповідно до законодавства України та/або на вимогу Страховика та/або Страхового посередника;

11.5.3. відомості про Вигодонабувача (у разі призначення такої особи в Договорі страхування): найменування або прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), дата народження та інша інформація щодо ідентифікації Застрахованої особи відповідно до законодавства України та/або на вимогу Страховика та/або страхового посередника;

11.5.4. інформацію про наявність на законних підставах або на підставі інших правовідносин страхового інтересу щодо об'єкту страхування, уключаючи наявність такого інтересу у Вигодонабувача (у разі визначення такої особи в Договорі);

11.5.5. наявність або відсутність захворювань у Застрахованої особи, що є обмеженням страхування та виключенням із страхових випадків;

11.5.6. наявність станів або хвороби/ захворювань у Застрахованої особи, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

11.6. Інформація, що має істотне значення для оцінки страхового ризику, яку надає Страхувальник, у тому числі у декларації (заяві на страхування у письмовій формі, якщо це передбачено Договором), має бути повною, достовірною та актуальною на дату укладання Договору страхування.

11.7. При укладенні Договору/ Генерального договору Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.

## **12. ВИНЯТКИ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

12.1 Не визнаються страховими випадками і страхова виплата не здійснюється, якщо подія, що має ознаки страхового випадку, сталася внаслідок:

12.1.1. дій Страхувальника/Застрахованої особи при здійсненні або спробі здійснення ним/нею протиправних дій, які перебувають в прямому причинно-наслідковому зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, що встановлено компетентними органами;

12.1.2. вживання наркотичних або токсичних речовин, алкоголю або інших речовин з метою сп'яніння, виключаючи випадки, коли вживання Застрахованою особою такої речовини сталося в результаті протиправних дій третіх осіб;

12.1.3. самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою або іншими особами, які не мають медичної освіти та/або ліцензії (без медичного призначення лікаря);

12.1.4. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, самогубства, спроби самогубства або їх наслідків, за виключенням випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому зазначені дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене;

12.1.5. свідомого перебування Застрахованою особою в місцях або ситуаціях (якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя), що є небезпечними для життя та/або здоров'я;

12.1.6. події, не обумовленої в Договорі як страховий випадок;

12.1.7. вроджених захворювань, вад розвитку, спадкових захворювань, професійних хвороб, за винятком тих хвороб, на випадок яких здійснюється страхування і які зазначені в Договорі належним чином;

12.1.8. події, що сталася до початку дії Договору, але була виявлена після початку його дії, а також якщо шкода заподіяна після закінчення строку дії Договору;

12.1.9. події, що сталася поза зазначеною територією (місцем) дії Договору;

12.1.10. порушення Застрахованою особою правил техніки безпеки та інструкцій поводження (використання) медичних засобів (інструментів, приладів тощо);

12.1.11. використання Застрахованою особою засобів або знарядь праці, що належать роботодавцеві, з власною корисною метою та/або без дозволу адміністрації роботодавця;

12.1.12. недотримання Страхувальником та/або Застрахованою особою нормативно-правових актів, діючих у системі охорони здоров'я;

12.1.13. лікуванням захворювань чи травм, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

12.1.14. усуненням косметичних дефектів, проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії;

12.1.15. лікуванням, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;

12.1.16. проведенням курсів санаторно-курортного лікування, косметологічним обстеженням та лікуванням методами нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, гірудотерапія, голкорексфлексотерапія, геліотерапія, водолікування тощо);

12.2 Страховик не відшкодовує моральні збитки та упушену вигоду, благодійні внески, сплату за харчування при перебування в стаціонарі.

12.3 Страховик не несе відповідальності (зобов'язань) за Договором при встановленні Застрахованій особі іншої групи інвалідності порівняно з тією групою інвалідності, що була встановлена їй до дати укладення Договору, а також якщо в результаті страхового випадку відбулося загострення хронічної хвороби Застрахованої особи або виникло будь-яке первинне гостре захворювання, не зазначене в Договорі, та за страхування яких не сплачено відповідної страхової премії.

12.4 Якщо інше не передбачено Договором, на страхування не приймаються: особи, визнані у встановленому порядку недієздатними; особи, які є інвалідами I – II групи; особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, спинного мозку, ураження нервової системи, наслідки перенесеного менингоенцефаліту), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих медичних закладах (диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).

12.5 Сторони Договору звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей Договору страхування під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.

12.6 Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування в залежності від страхового покриття та/або Програми страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається Сторонами у Договорі/Генеральному договорі.

### **13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ. ІНШІ УМОВИ**

13.1. Усі спори за Договором розв'язуються шляхом переговорів.

13.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду згідно з законодавством України.

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 Страховика [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com) з накладенням на таке повідомлення/документ електронного підпису Страхувальника, або у інший спосіб, узгоджений зі Страховиком.

13.4. У разі, якщо положення укладеного Договору суперечать або тлумачяться іншим чином, ніж положення цих Загальних умов, перевагу мають положення Договору/Генерального договору.

### **14. КОНТАКТНІ ДАНІ ДЛЯ ЗВЕРНЕННЯ У РАЗІ НАСТАННЯ ПОДІЇ, ЩО МАЄ О ЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

#### **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС».**

Адреса для звернення: 01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69.

Адреса електронної пошти: [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com).

Телефон для звернення: +38 (044) 287 43 05, 0 800 80 29 56 (для дзвінків в межах України).

### **15. ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ЗВЕРНЕНЬ СПОЖИВАЧІВ СТРАХОВИКОМ**

15.1. Захист прав споживачів здійснюється відповідно до законодавства про захист прав споживачів та законодавства у сфері ринків фінансових послуг. Споживачі мають вільний доступ до інформації про страхові послуги, що надаються Страховиком на офіційному веб-сайті Страховика, а також безпосередньо у місцях надання послуг. Отримання вичерпної інформації також можливе через звернення до Страховика в телефонному режимі, а також через листування та електронну пошту.

15.2. У разі виникнення спірних питань споживач має право звернутись до Страховика особисто, на електронну пошту [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com), адреса для листування: 01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69, або за посиланням <https://inter-policy.com/contacts/>.

15.3. Інформація про механізми та способи захисту прав споживачів фінансових послуг (зокрема, про можливість та порядок позасудового розгляду скарг споживачів фінансових послуг, адресу страховика, за

якою приймаються скарги клієнтів) розміщена за посиланням: <https://inter-policy.com/rozkrittia-informaczii/informacziya-pro-finansovu-ustanovu/>.

15.4. Споживач, не залежно від розгляду його звернення Страховиком, в будь-який момент має право звернутись до Національного банку України із відповідним зверненням щодо порушення його прав як споживача фінансових послуг за посиланням: <https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection>, або до суду.

15.5. Орган, що здійснює державне регулювання – Національний банк України. Місцезнаходження: вул. Інститутська, 9, м. Київ, 01601. Тел.: **0 800 505 240**. E-mail: [nbu@bank.gov.ua](mailto:nbu@bank.gov.ua), Web-сайт: [www.bank.gov.ua](http://www.bank.gov.ua).

15.6. Орган з питань захисту прав споживачів – Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів. Місцезнаходження: 01001, м.Київ, вул.Б.Грінченка, 1. Тел.: **(044) 279 12 70**. E-mail: [gu@dpss.gov.ua](mailto:gu@dpss.gov.ua), Web-сайт: [www.dpss.gov.ua](http://www.dpss.gov.ua).