



Додаток № 2  
до Наказу № 018/1-ОД  
від 18 червня 2024 року

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ  
ПРО СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ  
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ**

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

№з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення Страховиком
1	2	3
1		<u>Інформація про Страховика</u>
2	Найменування Страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС», 19350062
3	Дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	дата видачі 22.04.2024 року; строк дії з 22.04.2024 року необмежено
4	Місцезнаходження страховика	01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	<a href="https://inter-policy.com/">https://inter-policy.com/</a>
6		<u>Основні умови страхового продукту</u>
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Медичне страхування» у межах класу страхування». Об'єкт страхування - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	<p>8.1. <b>Страховий ризик</b> є стан здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гострого захворювання;</li> <li>- Загострення хронічного захворювання;</li> <li>- Розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку.</li> <li>- Звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії у інших випадках, передбачених Програмою страхування.</li> </ul> <p>8.2. <b>Страховий випадок</b> – настання події з переліку, зазначеному в п. 8.1 цього Розділу, ризик виникнення якої застрахований за Договором, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором або шляхом оплати їх вартості.</p> <p>8.3. <b>Перелік основних медичних послуг.</b></p> <p>8.3.1. <b>Поліклініка</b> – амбулаторно-поліклінічне лікування, що передбачає забезпечення та оплату вартості медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних умовах</p>

		<p>та/або при лікуванні у денному стаціонарі в такому обсязі: консультації лікарів, проведення лабораторно-інструментальних досліджень, лікувальних процедур і маніпуляцій відділеннях поліклініки та вдома, забезпечення медикаментами.</p> <p><b>8.3.2. Стаціонар</b> – забезпечення та оплата вартості медичних послуг в умовах стаціонару, а саме: проведення сучасних діагностичних (лабораторних, апаратних та інструментальних) досліджень, консультацій фахівців відповідного профілю, оперативне та/або консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення медикаментами, перебування в палатах рівнем відповідно до обраної Програми та харчування (стандартне), яке передбачене медичним закладом; транспортування Застрахованої особи до іншого медичного закладу за призначенням лікаря.</p> <p><b>8.3.3. Швидка медична допомога</b> передбачає забезпечення та оплату вартості надання невідкладної медичної допомоги виїзними загальними та спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи (при невідкладному стані), внаслідок нещасних випадків, гострих захворювань або загострення хронічних захворювань.</p> <p><b>8.3.4. Медикаментозне забезпечення.</b></p> <p><b>8.3.5. Виклик лікаря додому (в офіс)</b> для Застрахованої особи (при амбулаторно-поліклінічному лікуванні).</p> <p><b>8.4.</b> 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 менінгоенцефаліту), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих медичних закладах (диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).</p>
9	Територія та строк дії Договору страхування	<p><b>Територія страхового покриття</b> визначається за згодою сторін, виходячи з потреби клієнта та зазначається у Договорі.</p> <p>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.</p> <p>Місце надання медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовленій в Договорі</p> <p><u>Строк дії зазначається у Договорі.</u></p> <p>Строк дії Договору не може бути продовжений.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Страхова сума встановлюється за згодою Сторін та зазначається у Договорі.</p>

11	Франшиза	Зазначається у Договорі. Франшиза може встановлюватись по категорії медичних закладів та/або окремому медичному закладу та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі.
12	Розмір страхової премії/ страхового тарифу	Від <b>0,1%</b> до <b>10,00%</b> страхової суми, залежить від категорії медичного закладу, розміру франшизи, переліку програм/опцій, страхової суми тощо.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	У розмірі та у строки, що передбачені Договором/Генеральним договором.
14	Обов'язки сторін	<p><b>14.1. Страхувальник зобов'язаний:</b></p> <p>14.1.1. 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.</p> <p>14.1.2. Впродовж 3 (три) 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.</p> <p>14.1.3. Повідомити Застрахованій/-им особі/-ам про укладений на її (їх) користь Договір відповідно до частин другої, третьої статті 90 Закону про страхування.</p> <p>14.1.4. Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору.</p> <p>14.1.5. При укладанні Договору повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.</p> <p>14.1.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору.</p> <p>14.1.7. Погоджувати зі Страховиком або Асистансом, телефони якої зазначені у Договорі, всі дії, пов'язані з отриманням медичних послуг у разі настання страхового випадку.</p> <p>14.1.8. Виконувати розпорядження та/або рекомендації Асистанса або Страховика.</p> <p>14.1.9. Надати право доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.</p> <p>14.1.10. Надати Декларацію щодо якої укладається Договір, якщо такі умови передбачені Договором.</p> <p>14.1.11. Уживати всіх необхідних заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку.</p> <p>14.1.12. 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</p>

законодавства України, Програми страхування або цього Договору повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснювати страхову виплату.

14.1.13. Виконувати умови Договору.

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

14.2. Страховик зобов'язаний:

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

14.2.2. 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.

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

14.2.4. 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.

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

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

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

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

14.4. 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.

14.5. 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).

15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	<p>15.1. Дія Договору припиняється та Договір втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:</p> <p>15.1.1. закінчення строку дії Договору;</p> <p>15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;</p> <p>15.1.3. 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;</p> <p>15.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;</p> <p>15.1.5. набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним;</p> <p>15.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України та Договором.</p> <p>15.2. 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.</p> <p>15.3. 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.</p> <p>15.4. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.</p> <p>15.5. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.</p> <p>15.6. 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.</p> <p>15.7. 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.</p> <p>15.8. При достроковому припиненні дії Договору в зв'язку з виконанням Страховиком зобов'язань перед</p>
----	---	--

		<p>Страховальником у повному обсязі, сплачена страхова премія не повертається.</p> <p>15.9. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо сплата страхової премії здійснювалась в безготівковій формі.</p> <p>15.10. Страховальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору відмовитися від Договору без пояснення причин, крім:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Договорів страхування, строк дії яких становить менше 30 календарних днів;</li> <li>- випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором,</li> </ul> <p>при цьому:</p> <p>про намір відмовитися від Договору Страховальник повідомляє Страховика у письмовій формі за місцезнаходженням Страховика, або шляхом надсилання електронного документу на адресу Страховика info@inter-policy.com з накладенням на таке повідомлення електронного підпису Страховальника.</p> <p>Страховик зобов'язаний повернути Страховальнику сплачену страхову премію повністю, за умови що протягом цього періоду з дня укладення Договору не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку, не пізніше ніж протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів від дати отримання повідомлення Страховальника про відмову від Договору.</p>
16		Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>17.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа (або його представник) повинна:</p> <p>17.1.1. Негайно зв'язатись із Асистанс та/або Страховиком за вказаними у Договорі телефонами та повідомити наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- прізвище, ім'я Застрахованої особи;</li> <li>- номер Сервісної картки/Договору;</li> <li>- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;</li> <li>- докладний опис обставин, що склалися та обсяг необхідної медичної допомоги.</li> </ul> <p>17.1.2. 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.</p> <p>17.2. Медичні послуги Застрахованій особі надаються у медичному закладі, передбаченому Договором та Програмою.</p> <p>17.3. При зверненні Застрахованої особи до медичного закладу за направленням Асистанс, обов'язково необхідно мати при собі Сервісну картку і паспорт або інші документи, що дозволяють ідентифікувати Застраховану особу, якщо інші умови не передбачені Договором.</p> <p>17.4. У разі необхідності отримання медичних послуг у медичному закладі, не передбаченому Договором, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика та/або Асистанс впродовж однієї доби, і</p>

		<p>узгодити обсяг та вартість необхідних медичних послуг до моменту їх отримання.</p> <p>17.5. У випадках неможливості надати необхідну медичну послугу Застрахованій особі у медичному закладі, передбаченому Договором, Асистанс сприяє організації надання медичних послуг в іншому медичному закладі, при цьому вибір медичного закладу здійснюється Асистансом.</p> <p>17.6. 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 за медичними послугами та узгодити обсяг медичної допомоги і суму своїх витрат. При цьому вартість медичних послуг та/або медикаментів сплачується Страховиком тільки у випадках невідкладної допомоги.</p> <p>17.7. При настанні страхового випадку, у разі самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) (попередньо погодженої зі Страховиком/Асистансом) медичних послуг та/або лікарських засобів подати письмову заяву на адресу Страховика <a href="mailto:info@inter-policy.com">info@inter-policy.com</a> на страхову виплату:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- не пізніше 30 (тридцять) календарних днів з дати виписки зі стаціонару;</li> <li>- не пізніше 30 (тридцять) календарних днів з дати оплати наданої медичної послуги.</li> </ul>
18	Порядок здійснення страхових виплат	<p>18.1. Страхова виплата в рахунок оплати витрат на медичні послуги, передбачених Договором, організованих Асистансом/Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків медичними закладами.</p> <p>18.1.1. Підставою для оплати є рахунок від медичного закладу, установи за надані Застрахованій особі медичні послуги, передбачені Договором, разом із документами, що обґрунтовують причини звернення за такими послугами.</p> <p>18.2. При настанні страхового випадку, у разі самостійної оплати (попередньо погодженої зі Страховиком/Асистансом) Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних послуг, передбачених Договором, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.</p> <p><b>18.3. Умови та строки здійснення страхової виплати.</b></p> <p>18.3.1. У разі самостійної оплати (попередньо погодженої зі Страховиком/Асистансом) Страхувальником (Застрахованою особою), страхова виплата підлягає виплаті після повного встановлення обставин, причин та обсягу наданої медичної послуги, внаслідок настання страхового</p>

випадку, на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати та страхового акту, складеного Страховиком.

**18.3.2. 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.

18.3.3. 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.

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

18.3.5. 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).

18.3.6. У разі здійснення страхової виплати медичним закладам, які надавали медичні та інші послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку, страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість, відповідно до договору, укладеного між Страховиком та Медичним закладом, Аптечною установою або Медичним закладом, Аптечною установою та Асистансом.

#### **18.4. Перелік документів для підтвердження факту настання страхового випадку**

Документи, що надаються Застрахованою особою для підтвердження факту настання страхового випадку та суми витрат (у разі самостійної оплати):

18.4.1. заяви на отримання страхової виплати (за формою, встановленою Страховиком);

18.4.2. копії паспорта громадянина України у формі книжечки (1,2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) або ксерокопії паспорта громадянина України у формі пластикової картки з обох сторін (ID-картки) особи, що отримує страхову виплату; для дітей віком до 16 років – свідоцтво про народження дитини, паспорт та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків/опікунів;

18.4.3. копії довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП) (індивідуальний податковий номер (ПН), особи, що отримує страхову виплату);

18.4.4. У разі самостійного звернення в медичні заклади, додатково до вищезазначених документів, надається:

- касовий (фіскальний) чек та товарний чек або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю



наданої медичної послуги (актом виконаних робіт/наданих послуг), печаткою медичного закладу із зазначенням ПІБ та підписом особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека).

- консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування, що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря).

18.4.5. У випадку придбання медикаментів в аптеках, додатково до вищезазначених документів, надається:

- касовий (фіскальний) чек;
- товарний чек із зазначенням прізвища Застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи, ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек;
- рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт;
- консультативний висновок, копії або витяги з амбулаторної карти або з історії хвороби (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу), що підтверджують необхідність придбання відповідних медикаментів та/або засобів медичного призначення.

18.4.6. У випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат.

18.4.7. Всі документи мають бути надані Страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірені. Документи, що підтверджують вартість наданих Застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що

		<p>підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.</p> <p>18.5. 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.</p> <p>18.6. 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.</p>
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	<p>19.1. Страховими випадками не визнаються події, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:</p> <p>19.1.1. навмисними діями Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір, що спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням їх громадянського чи службового обов'язку в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до законодавства України;</p> <p>19.1.2. навмисним поданням Страхувальником/Застрахованою особою неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;</p> <p>19.1.3. вчиненням Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;</p> <p>19.1.4. станом алкогольного сп'яніння, токсичним впливом транквілізаторів, антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;</p> <p>19.1.5. прийомом медичних препаратів без призначення лікаря;</p> <p>19.1.6. самогубством або спробою вчинення самогубства з боку Застрахованої особи, окрім випадків, якщо Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб; нанесенням собі тілесних ушкоджень чи інших дій, спрямованих на настання страхового випадку;</p> <p>19.1.7. лікуванням захворювань чи травм, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;</p> <p>19.1.8. усуненням косметичних дефектів, проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії;</p> <p>19.1.9. лікуванням, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;</p> <p>проведенням курсів санаторно-курортного лікування, косметологічним обстеженням та лікуванням методами нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, гірудотерапія,</p>

голкорефлексотерапія, геліотерапія, водолікування тощо)

19.2. Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за медичні послуги у разі наступних захворювань та станів:

19.2.1. хронічні захворювання поза стадією загострення та функціональні стани організму (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, синдром невиразкової (функціональної) диспепсії, синдром подразненого кишечника, дискінезії жовчовивідних шляхів тощо);

19.2.2. дисбактеріоз, функціональні порушення органів травлення у осіб віком старше 16 років;

19.2.3. паразитарні захворювання, інвазійні хвороби (амебіаз, лямблії, гельмінтози) для осіб віком старше 16 років;

19.2.4. захворювання, що передаються статевим шляхом відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я: сифіліс, гонококова інфекція, лімфогранульома (венерична), шанкроїд, пахова гранульома; захворювання, що передаються переважно статевим шляхом: сечостатевий хламідіоз, сечостатевий трихомоніаз, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві конділоми, генітальний контагіозний моллюск, папіломовірусна інфекція, гарднерельоз, уrogenітальний шигельоз; цитомегаловірусна інфекція, уреapлазмоз, токсоплазмоз; змішані сечостатеві інфекції – МКХ 10 (A50-A64, A27);

19.2.5. хронічні вірусні інфекції (CMV (цитомегаловірус), вірус герпесу I та II типу, Епштейн-Барра, TORCH інфекції);

19.2.6. дерматологічні захворювання (мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний моллюск, вітіліго тощо), що відносяться до наступних категорій за МКХ (B35-B49, B85-B89, L 20-L 30, L80-L99);

19.2.7. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз, гепатоз та їх наслідки;

19.2.8. імунодефіцитні стани, в т.ч. ВІЛ-інфекції та СНІД, первинні та вторинні імунодефіцити; а також будь-які опортуністичні хвороби Застрахованої особи, пов'язані з ВІЛ-інфекцією;

19.2.9. психічні захворювання, в тому числі психопатії, неврози, епілепсія, шизофренія, розлади психіки і поведінки, порушення мови тощо, які входять до розділу МКХ10 коди F00-F99;

19.2.10. нейроциркуляторна дистонія (вегето-судинна дистонія), крім кризового стану;

19.2.11. системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, дерматоміозит тощо);

19.2.12. артрит ревматоїдний, та його наслідки, за виключенням зняття стійкого больового синдрому;

19.2.13. демієлінізуючі та дегенеративні хвороби нервової системи (розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо) та їх наслідки;

19.2.14. туберкульоз та його наслідки, якщо інше не передбачено Договором;

19.2.15. порушення метаболічного обміну, аутоімунні захворювання (ожиріння, подагра, сечосольовий діатез, дисліпідемія, метаболічний синдром, тиреотоксикоз, аутоімунний тиреоїдит тощо) та їх наслідки, за виключенням невідкладних станів;

19.2.16. цукровий діабет;

19.2.17. вікові та дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення (ДЕП – дисциркуляторна енцефалопатія, катаракта, кардіо - та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз, тощо) за виключенням зняття стійкого больового синдрому;

19.2.18. остеохондроз та дорсалгії, крім 1 (першого) курсу лікування тривалістю 15 днів, при повторних зверненнях – забезпечення медикаментами для знеболення на термін до 10 днів за кожним повторним зверненням, якщо інше не передбачено Договором.

19.2.19. захворювання та порушення функцій опорно-рухової системи (сколіоз, кіфоз, п'яткова шпора, плоскостопість);

19.2.20. професійні захворювання, окрім стану Застрахованої особи, що потребує невідкладної допомоги, якщо інші умови не передбачені Договором;

19.2.21. епідемії особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, туляремія, геморагічні лихоманки);

19.2.22. вроджені вади розвитку, затримка розвитку, вроджені захворювання і стани та їх наслідки, в т. ч. отримані під час пологів (дисплазія кульшових суглобів, кривошия, фімоз, сінехії, клишоногість, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи (ЦНС), дитячий церебральний параліч та інші), спадкові та генетичні захворювання, порушення мови, деформації та хромосомні порушення;

19.2.23. хвороби системи крові, окрім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою;

19.2.24. хронічні хвороби периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріїт, хвороба Рейно), крім станів загострення коли сплачується перший курс медикаментозного лікування тривалістю до 15 днів, якщо інші умови не передбачені Договором;

19.2.25. хронічна печінкова та ниркова недостатність.

19.3. Страховик не відшкодовує витрат:

19.3.1. на медичні послуги, медикаменти та товари медичного призначення, що не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України; засоби догляду (бандаж, еластичні бинти, пелюшки, памперси, підгузки тощо), косметичні, гігієнічні та дезінфікуючі засоби;

19.3.2. за перебування у стаціонарі для здійснення опікунського догляду, послуги доглядальниці тощо;

19.3.3. на профілактичні, диспансерні, реабілітаційні, косметологічні (в т. ч. масаж косметичний), міорелаксацію, кріомасаж, кріотерапію, бальнеотерапію, лікувальну фізкультуру, консультації психолога, логопеда, сурдолога, психіатра, психоаналітика, дієтолога, імунолога, генетика тощо;

19.3.4. на лікувально-оздоровчі заходи, в т. ч. масаж профілактичний, якщо інше не передбачено Програмою;

19.3.5. на препарати – аналоги гонадотропін-релізінг гормону (золадекс, диферелін тощо), гормональні спіралі;

19.3.6. на полівітамінні засоби, імуномодулятори, БАДи (харчові добавки), біостимулятори, гепато- та хондропротектори, гомеопатичні препарати, пробіотики, препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, препарати крові, а також забезпечення лікарськими засобами, не зареєстрованими в Україні, якщо інше не передбачено Програмою;

19.3.7. на медичні довідки носіння зброї, відвідування басейну, освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності тощо, якщо інше не передбачено Договором;

19.3.8. на медичні довідки на вступ до учбових, дитячих закладів, якщо інше не передбачено Програмою;

19.3.9. на пластичні та реконструктивні операції (включаючи планову герніопластику, ринопластику, септопластику, реконструктивні операції на опорно-руховій системі тощо);

19.3.10. на операції на серці та судинах, в т.ч. стентування, планові операції з використанням апарату штучного кровообігу (АШКО), на трансплантацію органів та тканин;

19.3.11. на забезпечення та оплату вартості придбання, ремонту, прокату ортопедичних апаратів, коригуючих медичних пристроїв та приладів (слухові апарати, протези, милиці, коляски, слухові імплантати, водії серцевого ритму, оправы для окулярів, МОС (металоостеосинтез) тощо);

19.3.12. на комплексне лікування станів, що вимагають застосування замісної терапії терміном понад 30 календарних днів (гормональні, ферментні препарати);

19.3.13. на медикаменти, що необхідні для тривалого прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються всі витрати до стабілізації стану здоров'я строком до 15 днів);

19.3.14. на діагностику, медикаменти та/або медичні маніпуляції пов'язані з контрацепцією, стерилізацією, безпліддям, порушенням менструального циклу, гіперандрогенією, полікістозом яєчників, синдромом виснаження яєчників, гіперпролактинемією, імпотенцією, клімактеричним синдромом, ендометріозом, фіброміомою, мастопатією, сексуальними дисфункціями.

19.3.15. на визначення гормонального стану, окрім 4-х гормонів за весь період дії Договору за призначенням лікаря;

19.3.16. на штучне запліднення, планування сім'ї, проведення абортів без медичних показань;

19.3.17. на лікування офтальмологічних захворювань, а саме: короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астенія, косоокість, глаукома, синдром «сухого ока», міопія, комп'ютерний синдром,

дегенеративно-дистрофічні зміни сітківки; оптичну та лазерну корекцію зору; апаратне лікування зору;

19.3.18. на ортодонтію, лікування тканин ортодонту апаратом «Вектор», заміну старих пломб з профілактичною метою, використання профілактичних засобів для емалі;

19.3.19. на визначення алергенів (алергологічні панелі і алергени окремо);

19.3.20. на лікування доброякісних новоутворень в тому числі видалення новоутворень шкіри (бородавки, папіломи, ліпоми, гемангіоми та інші) за винятком їх травмування та/або кровотечі;

19.3.21. на лікування, що проходить після закінчення строку дії Договору, крім випадків, коли лікування в умовах стаціонару розпочато в період дії Договору, при цьому Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування не більш ніж за 10 календарних днів після закінчення дії Договору, якщо інші умови не передбачені Договором.

19.4. Страховик не відшкодовує витрат на організацію надання та оплати вартості медичних послуг на:

19.4.1. вагітність, її наслідки та ускладнення після 29-го тижня вагітності; пологи, за винятком позаматкової вагітності та необхідності переривання вагітності за медичними показаннями;

19.4.2. обстеження і лікування, що пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками;

19.4.3. реабілітаційну терапію;

19.4.4. лікування онкологічних захворювань, якщо інше не передбачено Договором;

19.4.5. лікування цукрового діабету, якщо інше не передбачено Договором;

19.4.6. профілактичні огляди, вакцинації згідно з календарем щеплень, затвердженим МОЗ України;

19.4.7. ортопедичну стоматологію, включаючи планове протезування;

19.4.8. планове стоматологічне лікування (послуги);

19.4.9. коригуючі медичні пристрої та прилади (корегувальні та контактні лінзи і засоби зберігання контактних лінз);

19.4.10. лікування та профілактику комп'ютерного синдрому; використання лазерних технологій лікування;

19.4.11. отримання медичних та інших послуг у випадках, які були здійснені всупереч порадам лікаря, або заздалегідь спланованого чи передбаченого лікування;

19.4.12. транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без попереднього погодження з Асистансом або зі Страховиком;

19.4.13. планове лікування в стаціонарі більше 1 разу на рік, якщо інше не передбачено Договором;

19.4.14. сплату за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків Застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 (шість) повних років.

19.5. Страховик не відшкодовує:

19.5.1. Моральні збитки та упущену вигоду, благодійні внески.

19.5.2. Необґрунтований виклик лікаря (додому або в офіс) або невідкладної медичної допомоги.

11.5.2.1. Під необґрунтованим викликом вважається: виклик здійснений Застрахованою особою для медичного обслуговування незастрахованої особи; виклик/звернення Застрахованої особи здійснений не в медичних цілях, виклик невідкладної медичної допомоги з метою одержання планових медичних маніпуляцій; виклик/звернення, в разі якого Застрахована особа відсутня при виклику лікаря або бригади швидкої медичної допомоги за повідомленою адресою.

19.5.3. Якщо у період дії Договору Застрахованій особі встановлено інвалідність I, II та III групи або встановлено інвалідність дитині, не відшкодовуються будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання, відносно якого встановлено групу інвалідності, окрім випадків надання невідкладної допомоги.

19.5.4. Якщо Застрахованій особі до моменту укладання цього Договору встановлено інвалідність III групи, Страховик не відшкодовує будь-які діагностичні, консультативні та лікувальні заходи, які спрямовані на диспансерне спостереження та лікування захворювання, відносно якого встановлено групу інвалідності, окрім випадків надання невідкладної допомоги.

19.5.5. 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.

19.6. Підстави відмови у здійсненні страхової виплати є:

19.16.1. 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;

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

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

		<p>19.16.4. 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;</p> <p>19.16.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором;</p> <p>19.16.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору.</p> <p>19.7. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку згідно законодавства України.</p>
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	<p>Договори страхування можуть укладатися:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) у паперовій формі;</li> <li>2) у формі електронного документу відповідно до законодавства України про електронну комерцію.</li> </ol>
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	<p>Технологічний застосунок <a href="https://front.inter-policy.com/">https://front.inter-policy.com/</a></p> <p>Головний офіс (місцезнаходження) Страховика: 01033, м. Київ, вул. Володимирська, 69.</p> <p>Реєстр страхових посередників <a href="https://inter-policy.com/rozkritya-informacziy/informacziya-dlya-akczioneriv-ta-stejkhoderiv/insha-informacziya/insha-informacziya-shho-pidlyagae-rozkrittyu/">https://inter-policy.com/rozkritya-informacziy/informacziya-dlya-akczioneriv-ta-stejkhoderiv/insha-informacziya/insha-informacziya-shho-pidlyagae-rozkrittyu/</a></p>
23	Інша інформація про страховий продукт	---
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	<p>Загальні умови страхового продукту медичне страхування <a href="https://inter-policy.com/vashe-zdorovya/medichne-strahuvannya/">https://inter-policy.com/vashe-zdorovya/medichne-strahuvannya/</a></p>