



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

## ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВОГО ПРОДУКТУ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ

*Ця редакція Загальних умов страхового продукту медичне страхування, (далі Загальні умови) діє з 01.07.2024 р. та припиняє дію із введенням у дію нової редакції або скасування цих Загальних умов.*

*Договір медичного страхування, Генеральний договір медичного страхування (далі - Договір, 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 веб-сайті 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 на даних Загальних умовах в межах Класу страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)» за ризиком «Медичне страхування» у межах класу страхування».*

### 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. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю.

**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. стійкій дисфункції якого-небудь органу) або до виникнення загрози життю.

**Хронічне захворювання** – тривале, прогресуюче захворювання, яке характеризується чергуванням періодів загострення та ремісії.

**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, або його окремого органу, або смерті.

**1.4. Застрахована особа** – фізична особа, визначена Страхувальником у Договорі страхування, життя, здоров'я, працездатність якої є об'єктом страхування за Договором страхування. Страхувальник, який уклав Договір страхування на власну користь, одночасно є Застрахованою особою.

**1.5. 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).

**1.6. 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.

**1.7. 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.

**1.8. Медичний заклад** – 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 за Програмами добровільного медичного страхування.

**1.9. 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).

**1.10. 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.

**1.11. 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.

**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.

**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

**1.12. 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.

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

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

**1.15. 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.

**1.16. 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 Асистоуючою послугою тощо.

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

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

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

1.20. **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.

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

1.22. **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.

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

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

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

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

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).

1.26. **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.

1.27. **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.

1.28. **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.

1.29. **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.

1.30. **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.

**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.

1.31. 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.

1.32. 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. **Страховий ризик** є стан здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком:
- Гострого захворювання;
  - Загострення хронічного захворювання;
  - Розладу здоров'я;
  - Звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Асистуючої компанії у інших випадках, передбачених Програмою страхування.
- 2.4. **Страховий випадок** – настання події з переліку, зазначеному в п. 2.3 Загальних умов, 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.
- 2.5. **Перелік медичних послуг.**
- 2.5.1. **Страховик забезпечує організацію та оплату вартості наступних медичних послуг, а саме:**
- 2.5.1.1. **Поліклініка** – амбулаторно-поліклінічне лікування, що передбачає забезпечення та оплату вартості медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних умовах 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.
- 2.5.1.2. **Стаціонар** – 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.
- 2.5.1.2.1. **Стаціонар невідкладний** – лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару при невідкладних станах. Надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму, що загрожує життю, або таким порушенням функціонування її окремих систем та органів, яке викликає потребу у негайному (протягом 24годин) стаціонарному лікуванні. Необхідність екстреної стаціонарної допомоги визначається: відповідальними фахівцями бригад екстреної медичної допомоги, спеціалізованої екстреної медичної допомоги; черговим лікарем лікарні, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, лікарем-координатором Страховика у випадку неможливості залучення бригад екстреної медичної допомоги.
- 2.5.1.2.2. **Стаціонар плановий** – лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару за наявності медичних показань що не зумовлюють потреби у негайній допомозі за життєвими показниками та що передбачає попереднє узгодження дати і часу госпіталізації, що здійснюється лікуючим лікарем та погоджено з Асиансом /Страховиком.
- 2.5.1.3. **Швидка медична допомога** 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.
- 2.5.1.4. **Медикаментозне забезпечення.**
- 2.5.2. **Організація надання медичної допомоги Застрахованій особі** проводиться Асиансом та/або Страховиком 24 години на добу. Звернення Застрахованої особи до медичного закладу, з яким Страховик немає договірних відносин, можливо лише за погодженням з Асиансом/Страховиком.
- 2.5.3. **Медична допомога** в умовах поліклініки організовується в робочі дні медичного закладу, у день звернення за медичною допомогою або на наступний день (інший робочий день), згідно з графіком роботи медичного закладу або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.
- 2.5.4. **Плановий стаціонар** організовується протягом 1–3 діб з моменту направлення Застрахованої особи на стаціонарне лікування лікарем та здійснюється згідно з графіком роботи медичного закладу.
- 2.5.5. **Виклик лікаря додому (в офіс)** для Застрахованої особи (при амбулаторно-поліклінічному лікуванні), що за станом здоров'я не в змозі самостійно відвідати лікаря – здійснюється в першій половині дня, до 14.00. У випадку звернення після 14.00 – лікар відвідує Застраховану особу на наступний день, якщо інші умови не передбачені Договором.
- 2.5.6. **Організація медикаментозного забезпечення:**

- Доставка медикаментів за вказаною адресою здійснюється протягом 5–12 годин з моменту звернення згідно з графіком та умовами роботи аптек та наявності такої можливості в регіоні, якщо інші умови не передбачені Договором.

- Медикаменти, безпосередньо в аптеці, надаються на підставі рецепта лікаря відповідного медичного закладу та відповідної заявки Асистанса/Страховика.

2.5.7. Послуги невідкладної медичної допомоги надаються як приватними, так і державними службами в залежності від Програми.

2.5.8. Асистуюча компанія/Страховик має право самостійно визначати рівень служби швидкої медичної допомоги при наданні екстреної та невідкладної медичної допомоги.

**2.6. Перелік Опцій**, які можуть бути включені до Програм страхування якщо інше не передбачено умовами Договору:

**2.6.1. Загальні Опції:**

- 1) швидка медична допомога;
- 2) невідкладна стаціонарна допомога;
- 3) планова стаціонарна допомога;
- 4) амбулаторно-поліклінічна допомога, в т.ч. але не обмежуючись: консультації лікарів, лабораторні та інструментально-діагностичні послуги, денний стаціонар та маніпуляції; фізіопроцедури; виклик лікаря додому/ в офіс; оформлення медичної документації; медикаментозне забезпечення.

**2.6.2. Спеціальні Опції:**

- 1) стоматологічна допомога;
- 2) діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).
- 3) діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
- 4) діагностика та лікування дерматологічних захворювань;
- 5) діагностика та лікування алергічних захворювань;
- 6) критичні захворювання включаючи, але не обмежуючись: діагностика та лікування доброякісних новоутворень; діагностика та лікування злоякісних новоутворень; діагностика та лікування туберкульозу; діагностика та лікування цукрового діабету; діагностика та лікування вірусних гепатитів.

2.6.3. **Спеціальне страхове покриття** включаючи, але не обмежуючись: діагностика та лікування окремих захворювань чи станів, довірений лікар; травми, отримані внаслідок військових дій; діагностика та амбулаторне лікування Covid-19; діагностика та стаціонарне лікування Covid-19; експрес-аптечка.

**2.6.4. Планові, профілактичні та колективні опції:**

- 1) вакцинація в т.ч. проти грипу;
- 2) профілактика ГРЗ;
- 3) вітамінізація;
- 4) профілактичний огляд;
- 5) профілактично-оздоровчий масаж;
- 6) відвідування оздоровчих закладів;
- 7) діагностика та лікування хронічних захворювань в стадії ремісії;
- 8) вагітність та пологи включаючи, але не обмежуючись: дородовий патронаж; пологи; виплата по факту пологів;
- 9) планова педіатрія: патронаж дитини віком до 1 року; планові профілактичні щеплення;
- 10) плановий візит лікаря в офіс;
- 11) офтальмологія;
- 12) офісна аптечка;
- 13) корпоративний ліміт на виключення та обмеження страхування.

2.6.5. Інші Опції, які включають планові, профілактичні, та колективні медичні послуги та/або допомогу.

2.6.6. Страховик має право комбінувати та змінювати стилістичні формулювання різних Опцій в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.

2.6.7. Детальний опис Програм страхування та відповідних Опцій наводиться у Договорі.

**2.7. 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) в межах загального строку дії Договору.

**2.8. 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.

Місце надання медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовленій в Договорі.

**2.9. Страхова сума (ліміт відповідальності)** може встановлюватись Сторонами за:

- 1) окремим: об'єктом страхування (Застрахована особа); страховим ризиком; страховим випадком.
- 2) групою: страхових випадків, страхових ризиків;
- 3) в цілому за: Договором; усіма об'єктами страхування.

**2.10. Страховий тариф та страхова премія.**

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

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

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

2.10.4. Розмір страхової премії, порядок та строки її сплати визначаються Договором.

2.10.5. Розмір страхової премії протягом дії Договору може бути змінений за згодою сторін у таких випадках:  
- якщо протягом дії Договору виявлені нові обставини, що зменшують ймовірність настання Страхового випадку та/або зменшують розмір потенційного збитку, Страхувальник може вимагати від Страховика відповідного зменшення розміру страхової премії;

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

2.11. **Франшиза** може встановлюватись як у відсотках страхової суми, так і в грошовому еквіваленті.

Франшиза може встановлюватись по категорії медичних закладів та/або окремому медичному закладу та/або по виду медичної послуги/або по окремій послугі. Розмір франшизи зазначається у Договорі.

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

#### **3.1. Страхувальник 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/компенсації 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 дублікату. 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'ясовувати 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. Ініціювати внесення змін до Договору і вимагати від Страхувальника сплати додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

3.2.5. 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.

3.2.6. Припинити дію Договору: згідно із законодавством України; або у разі подання Страхувальником/Застрахованою особою неправдивих відомостей про стан здоров'я або про наявність встановленої групи інвалідності.

3.2.7. Додавати додаткові медичні заклади в перелік Страховика за заявою Страхувальника або за ініціативою Страховика.

Додаткові медичні заклади додаються Страховиком до Договору з зазначенням визначеного рівня медичного закладу відповідно до Програми.

Виключати медичні заклади з переліку Страховика, як окремо за Програмами, так і за Договором в цілому, при цьому здійснювати виключення медичних закладів (або призупинення надання послуг в відповідному медичному закладі):

-При припиненні дії договору між Страховиком/ Асистансом та медичним закладом.

-При невиконанні зі сторони медичного закладу умов договору між Страховиком/ Асистансом /медичним або іншим закладом в частині порядку надання медичних послуг та проведення розрахунків за надані послуги Застрахованим особам.

-У зв'язку з реорганізацією або ліквідацією медичного закладу.

3.2.8. Переводити медичні заклади з одного класу згідно з Програмами страхування в інший клас в разі значного (від 10 % та більше) підвищення або зниження цін на окремі медичні послуги, якщо інші умови не передбачені Договором.

### **3.3. Страхувальник 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 (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.

3.3.3. Повідомити Застрахованій/-им особі/-ам про укладений на її (їх) користь Договір відповідно до частин другої, третьої статті 90 Закону 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, пов'язані з отриманням медичних послуг 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 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 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 (Страховальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні.

3.4.2. Перед укладанням Договору надати Страховальнику 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, Страховальник на вимогу Страховика має надати Страховику документи щодо ідентифікації та верифікації особи Страховальника/Вигодонабувача (у разі визначення такої особи у Договорі).

3.8. Умовами Договору можуть передбачатись індивідуальні умови щодо прав та обов'язків Страховика та Страховальника.

## 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 Страховальником у повному обсязі;

4.2.3. ліквідації Страховальника-юридичної особи або смерті Страховальника-фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування») чи у разі визнання судом Страховальника-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 Страховальника або Страховика (без необхідності отримання згоди Страховальника, 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 Страховальника 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. Медичні послуги Застрахованій особі надаються у медичному закладі, передбаченому Договором та Програмою.

6.3. При зверненні Застрахованої особи до медичного закладу за направленням Асистанс/Страховика, обов'язково необхідно мати при собі **Сервісну картку** і паспорт або інші документи, що дозволяють ідентифікувати Застраховану особу, якщо інші умови не передбачені Договором.

6.4. 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 узгодити обсяг та вартість необхідних медичних послуг до моменту їх отримання.

6.5. 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.

6.6. 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, якщо інші умови не передбачені Договором.

6.7. Якщо інше не передбачено Договором, 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 [info@inter-policy.com](mailto:info@inter-policy.com) на страхову виплату:

- не пізніше 30 (тридцять) календарних днів з дати виписки зі стаціонару;
- не пізніше 30 (тридцять) календарних днів з дати оплати наданої медичної послуги.

6.8. Договором може бути визначений порядок дій Страхувальника/Застрахованої особи при настанні випадку, що має ознаки страхового.

## **7. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І РОЗМІР ЗБИТКІВ. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКУ ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

7.1. 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.

7.1.1. 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.

7.2. 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.

7.3. Якщо лікування Застрахованої особи (внаслідок невідкладного стану) розпочато у стаціонарі медичного закладу в період дії Договору, то Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування, не більш ніж за 10 (десять) календарних днів після закінчення дії Договору, якщо інші умови не передбачені Договором.

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

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

7.4.2. 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;

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

7.4.4. 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).

7.4.5. 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.

7.4.6. 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.

7.5. 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 підтверджений фіскальним тощо) подаються Страховику у вигляді оригіналів.

7.6. 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.

7.7. 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.

7.8. Договором страхування можуть бути передбачені такі варіанти здійснення страхової виплати в разі настання страхового випадку:

- 1) фіксована грошова виплата у межах страхової суми або у відсотках страхової суми (ліміту відповідальності);
- 2) відшкодування понесених витрат у межах страхової суми за отриману Застрахованою особою медичну допомогу, медичних та/або інших послуг (зокрема медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості;
- 3) поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати.

## 8. УМОВИ ТА СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

8.2. **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.

8.3. 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.

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

8.5. 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).

8.6. 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.

- 8.7. Загальний обсяг страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії Договору, не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором.
- 8.8. Розрахунок страхової виплати здійснюється в межах граничної страхової суми за медичною послугою по Застрахованій особі.
- 8.9. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичних послуг, що зазначені у Програмі, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується всіма страховиками, не повинна перевищувати дійсних витрат. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за своїм договором страхування
- 8.10. Договором можуть бути передбачені інші умови та строки страхової виплати (виплати страхового відшкодування).

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

- 9.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні виплати страхового відшкодування є:
- 9.1.1. 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;
- 9.1.2. подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку;
- 9.1.3. вчинення Страхувальником/ Застрахованою особою/ Вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку;
- 9.1.4. 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;
- 9.1.5. наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими Договором страхування;
- 9.1.6. інші підстави, визначені законодавством та умовами Договору.
- 9.2. Відмова Страховика здійснити виплату страхового відшкодування може бути оскаржена Страхувальником (Вигодонабувачем) у судовому порядку згідно законодавства України.
- 9.3. При укладенні Договору Сторони можуть передбачити у такому Договорі інший перелік підстав для відмови у страховій виплаті відповідно до конкретних умов страхового захисту за Договором та законодавства.

## **10. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 10.1. До укладення Договору Страховик (страховий посередник) на підставі отриманої від Страхувальника інформації з'ясовує потреби та вимоги у страхуванні.
- 10.2. За рішенням Страховика (страхового посередника) або на запит Страхувальника Страховик надає Страхувальнику безоплатну індивідуальну консультацію та рекомендації щодо умов страхового продукту.
- 10.3. 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.
- 10.4. 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).
- 10.5. 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.

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

10.7. При укладенні Договору страхування Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи.

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

11.1. Страховими випадками не визнаються події, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:

11.1.1. 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;

11.1.2. навмисним поданням Страхувальником/Застрахованою особою неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку;

11.1.3. вчиненням Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

11.1.4. 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;

11.1.5. прийомом медичних препаратів без призначення лікаря;

11.1.6. 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2.4. 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 кондиломи, генітальний контагіозний моллюск, папіломовірусна інфекція, гарднерельоз, уrogenітальний шигельоз; цитомегаловірусна інфекція, уреapлазмоз, токсоплазмоз; змішані сечостатеві інфекції – МКХ 10 (A50-A64, A27);

- 11.2.5. хронічні вірусні інфекції (CMV (цитомегаловірус), вірус герпесу I та II типу, Епштейн-Барра, TORCH інфекції);
- 11.2.6. 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);
- 11.2.7. вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз, гепатоз та їх наслідки;
- 11.2.8. 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;
- 11.2.9. психічні захворювання, в тому числі психопатії, неврози, епілепсія, шизофренія, розлади психіки і поведінки, порушення мови тощо, які входять до розділу МКХ10 коди F00-F99;
- 11.2.10. нейроциркуляторна дистонія (вегето-судинна дистонія), крім кризового стану;
- 11.2.11. системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, дерматоміозит тощо);
- 11.2.12. артрит ревматоїдний, та його наслідки, за виключенням зняття стійкого больового синдрому;
- 11.2.13. демієлінізуючі та дегенеративні хвороби нервової системи (розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо) та їх наслідки;
- 11.2.14. туберкульоз та його наслідки, якщо інше не передбачено Договором;
- 11.2.15. порушення метаболічного обміну, аутоімунні захворювання (ожиріння, подагра, сечосольовий діатез, дисліпідемія, метаболічний синдром, тиреотоксикоз, аутоімунний тиреоїдит тощо) та їх наслідки, за виключенням невідкладних станів;
- 11.2.16. цукровий діабет, якщо інше не передбачено Договором;
- 11.2.17. 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;
- 11.2.18. 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.
- 11.2.19. захворювання та порушення функцій опорно-рухової системи (сколіоз, кіфоз, п'яtkова шпора, плоскостопість);
- 11.2.20. професійні захворювання, окрім стану Застрахованої особи, що потребує невідкладної допомоги, якщо інші умови не передбачені Договором;
- 11.2.21. епідемії особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа, туляремія, геморагічні лихоманки);
- 11.2.22. 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;
- 11.2.23. хвороби системи крові, окрім залізодефіцитної анемії та анемії, зумовленої гострою крововтратою;
- 11.2.24. 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;
- 11.2.25. хронічна печінкова та ниркова недостатність.
- 11.3. Страховик не відшкодовує витрат:
- 11.3.1. 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;
- 11.3.2. за перебування у стаціонарі для здійснення опікунського догляду, послуги доглядальниці тощо;
- 11.3.3. 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;
- 11.3.4. на лікувально-оздоровчі заходи, в т. ч. масаж профілактичний, якщо інше не передбачено Програмою;
- 11.3.5. на препарати – аналоги гонадотропін-релізинг гормону (золадекс, диферелін тощо), гормональні спіралі;
- 11.3.6. 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;
- 11.3.7. 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;
- 11.3.8. на медичні довідки на вступ до учбових, дитячих закладів, якщо інше не передбачено Програмою;
- 11.3.9. на пластичні та реконструктивні операції (включаючи планову герніопластику, ринопластику, септопластику, реконструктивні операції на опорно-руховій системі тощо);
- 11.3.10. на операції на серці та судинах, в т.ч. стентування, планові операції з використанням апарату штучного кровообігу (АШКО), на трансплантацію органів та тканин;
- 11.3.11. на забезпечення та оплату вартості придбання, ремонту, прокату ортопедичних апаратів, коригуючих медичних пристроїв та приладів (слухові апарати, протези, милиці, коляски, слухові імпланти, водії серцевого ритму, оправы для окулярів, МОС (металоостеосинтез) тощо);
- 11.3.12. на комплексне лікування станів, що вимагають застосування замісної терапії терміном понад 30 календарних днів (гормональні, ферментні препарати);
- 11.3.13. 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);
- 11.3.14. 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.
- 11.3.15. на визначення гормонального стану, окрім 4-х гормонів за весь період дії Договору за призначенням лікаря;
- 11.3.16. на штучне запліднення, планування сім'ї, проведення абортів без медичних показань;
- 11.3.17. на лікування офтальмологічних захворювань, а саме: короткозорість, далекозорість, астигматизм, катаракта, астенія, косіоку, глаукома, синдром «сухого ока», міопія, комп'ютерний синдром, дегенеративно-дистрофічні зміни сітківки; оптичну та лазерну корекцію зору; апаратне лікування зору;
- 11.3.18. на ортодонтію, лікування тканин ортодонтів апаратом «Вектор», заміну старих пломб з профілактичною метою, використання профілактичних засобів для емалі;
- 11.3.19. на визначення алергенів (алергологічні панелі і алергени окремо);
- 11.3.20. на лікування доброякісних новоутворень в тому числі видалення новоутворень шкіри (бородавки, папіломи, ліпоми, гемангіоми та інші) за винятком їх травмування та/або кровотечі;
- 11.3.21. 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.
- 11.4. Страховик не відшкодовує витрат на організацію надання та оплати вартості медичних послуг на:
- 11.4.1. вагітність, її наслідки та ускладнення після 29-го тижня вагітності; пологи, за винятком позаматкової вагітності та необхідності переривання вагітності за медичними показаннями;
- 11.4.2. обстеження і лікування, що пов'язані з абортами або пологами та їх наслідками;
- 11.4.3. реабілітаційну терапію;
- 11.4.4. лікування онкологічних захворювань, якщо інше не передбачено Договором;
- 11.4.5. лікування цукрового діабету, якщо інше не передбачено Договором;
- 11.4.6. профілактичні огляди, вакцинації згідно з календарем щеплень, затвердженим МОЗ України;
- 11.4.7. ортопедичну стоматологію, включаючи планове протезування;
- 11.4.8. планове стоматологічне лікування (послуги);
- 11.4.9. коригуючі медичні пристрої та прилади (корегувальні та контактні лінзи і засоби зберігання контактних лінз);
- 11.4.10. лікування та профілактику комп'ютерного синдрому; використання лазерних технологій лікування;
- 11.4.11. отримання медичних та інших послуг у випадках, які були здійснені всупереч порадам лікаря, або заздалегідь спланованого чи передбаченого лікування;
- 11.4.12. транспортування Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без попереднього погодження з Асистансом або зі Страховиком;
- 11.4.13. планове лікування в стаціонарі більше 1 разу на рік, якщо інше не передбачено Договором;
- 11.4.14. сплату за харчування та перебування в стаціонарі одного з батьків Застрахованої дитини, якщо дитині на момент госпіталізації виповнилось більше 6 (шість) повних років.
- 11.5. Страховик не відшкодовує:

11.5.1. Моральні збитки та упущену вигоду, благодійні внески.

11.5.2. 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.

11.6. 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.

11.7. 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.

11.8. 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 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).

11.9. 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.

11.10. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається Сторонами у Договорі.

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

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

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

12.3. 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.

12.4. У разі, якщо положення укладеного Договору суперечать або тлумачаться іншим чином, ніж положення Загальних умов страхового продукту медичне страхування, перевагу мають положення Договору.

## **13. 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).

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

14.1. 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.

14.2. 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/>.

14.3. 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/>.

14.4. 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.

14.5. 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).

14.6. 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).