

УМОВИ СТРАХУВАННЯ «ДОБРОПОЛІС НА КОЖЕН ДЕНЬ»

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до договору Страховик надає страховий захист Застрахованим особам у випадках, передбачених цими Умовами страхування та Програмою страхування, в межах страхової суми, зазначеної у договорі страхування.

Страховик забезпечує організацію надання медичних послуг Застрахованим особам відповідною Спеціалізованою службою Страховика, а також оплату вищевказаних послуг в клініках медичної мережі «Добробут».

1.2. По всіх питаннях, неврегульованих договором, Страховик та Страхувальник керуються положеннями Правил, чинним законодавством України. У випадку виникнення протиріч між положеннями Правил і положеннями договору пріоритетну силу мають положення договору та додатків до нього.

У договорі страхування та Додатках до нього використовуються такі терміни:

1.2.1. Провідний спеціаліст - лікарі, які мають наукові ступені чи керівні посади (кандидати медичних наук, доктори медичних наук, професори, завідувачі відділеннями, головні лікарі, провідні фахівці та інші). Відповідний статус фахівця визначається згідно зі штатним розписом конкретного ЛПУ.

1.2.2. Вперше виявлене захворювання – захворювання, що було вперше діагностовано у Застрахованої особи протягом дії договору.

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

1.2.4. Застрахована особа – фізична особа віком до 65 років, що на момент укладання договору:

- не має встановлену інвалідність 1, 2 групи,

- не має жодного із перелічених встановлених діагнозів: токсичний гепатит, хронічний гепатит В, С, D, E, F, цироз печінки, хронічна ниркова недостатність, інсульт, злоякісні новоутворення, на користь якої укладено Договір і яка може набувати права та обов'язки відповідно до умов договору.

Особи віком до 16 років (включно) вважаються дітьми, віком від 17 років вважаються дорослими.

1.2.5. Медична база – перелік лікувально-профілактичних установ медичної мережі «Добробут» (далі – ЛПУ), що мають зі Страховиком договірні відносини на момент укладання та в період дії договору, послуги яких надаються на умовах Програми страхування.

1.2.6. Медична установа (заклад) - заклад охорони здоров'я незалежно від форми власності та організаційно правової форми, який має встановлені законодавством ліцензії на здійснення медичної діяльності, аптечні (фармацевтичні) заклади.

1.2.7. Програма страхування - перелік (сукупність) ризиків, на випадок настання яких проводиться страхування та умови надання послуг за якими характеризуються переліком та ціною політикою клініках медичної мережі «Добробут» (далі - ЛПУ), до яких Застрахована особа може звернутись за допомогою.

1.2.8. Прейскурант ЛПУ – перелік послуг, які надає ЛПУ, з чітко визначеною вартістю кожної послуги. Під рівнем цін розуміється грошова сума за кожну позицію згідно з прейскурантом розрахункової ЛПУ, яка враховує наявні знижки, що надаються Страховику на індивідуальних умовах.

1.2.9. Період очікування - 15 (п'ятнадцять) днів з дати початку дії договору страхування протягом яких події, що зазначені в 5.3. цих Умов страхування не визнаються страховими випадками

1.2.10. Спеціалізована служба Страховика – Управління організації медичного сервісу Компанії, функції якого полягають в організації необхідної медичної послуги для Застрахованої особи з оплатою наданих медичних послуг Страховиком безпосередньо ЛПУ, аптеці, оздоровчому закладу. При цьому організація таких послуг можлива виходячи з можливостей медичної бази та адміністративно-юридичних обмежень у кожному конкретному випадку.

1.2.11. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування здійснює виплату при настанні страхового випадку. Договір страхування вважається виконаним у повному обсязі і припиняє свою дію з моменту виплати страхового відшкодування в розмірі, еквівалентному розміру страхової суми за договором або за окремим випадком, групі випадків, якщо договором страхування вона була встановлена.

1.2.12. Страхова премія (страховий платіж) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику до початку дії договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

1.2.13. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за строк дії договору з урахуванням віку Застрахованої особи та умов Програми страхування.

1.2.14. Страхові ризики – певні події, на випадок настання яких проводиться страхування і які мають ознаки ймовірності та випадковості настання.

До страхових ризиків за договором страхування можуть бути включені повністю чи частково ризики, перелік яких формує Програму страхування:

- ризик, пов'язаний з витратами на швидку та невідкладну допомогу;
- ризик, пов'язаний з витратами на амбулаторно-поліклінічну допомогу;

- ризик, пов'язаний з витратами на медичні препарати та засоби медичного призначення, необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах;
 - ризик, пов'язаний з витратами на стаціонарну допомогу (екстрену та планову);
 - ризик, пов'язаний з витратами на планову та екстрену стоматологічну допомогу;
 - ризик, пов'язаний з витратами на реабілітаційно-відновлювальне лікування.
- 1.2.15. **Страховий випадок** – звернення Страхувальника/Застрахованої особи протягом дії договору страхування до ЛПУ, передбаченої договором страхування, при погіршенні медичного стану і отримання при цьому медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування.
- 1.2.16. **Строк дії Договору** – це період часу, в якому Страховик має обов'язок перед Страхувальником щодо виконання взятих на себе за договором зобов'язань.
- 1.2.17. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору при настанні страхового випадку.
- 1.2.18. **Територія страхування** – Україна. Дія договору не розповсюджується на території та зони військових дій (незалежно від того, оголошена війна чи ні), райони, де сталися терористичні акти та/або ведуться антитерористичні операції. Із території страхування виключаються населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та які розташовані на лінії зіткнення.
- 1.2.19. **Терористичні акти** - діяння, які полягають у свідомому, цілеспрямованому застосуванні насильства шляхом захоплення заручників, майна, підпалів, убивств, тортур, залякування населення та органів влади або вчинення інших посягань на життя чи здоров'я ні в чому не винних людей або погрози вчинення злочинних дій з метою досягнення злочинних цілей, що виражаються у формі застосування зброї або загрози її застосування, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, незалежно від того, чи кваліфікований він як терористичний акт компетентними органами держави.
- 1.2.20. **Фаза ремісії** - період хронічного захворювання, що наступив спонтанно або внаслідок лікування, для якого характерно стихання / зменшення суб'єктивних скарг та об'єктивних клінічних проявів хвороби, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи.
- 1.2.21. **Франшиза** – передбачена договором частина збитків, що не відшкодовується Страховиком при настанні страхового випадку. Франшиза може зазначатись у відсотках по конкретній ЛПУ, оздоровчому закладу або страховому випадку.
- 1.2.22. **Хронічне захворювання** - захворювання, яке поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії або без таких періодів.

2. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ

- 2.1. Договір страхування укладається електронній формі відповідно норм Закону України «Про електронну комерцію» шляхом акцептування Умов договору страхування та підписання Сертифікату.
- 2.2. Для укладення договору страхування особа, попередньо ознайомившись з Умовами страхування, Правилами та інформацією про фінансову послугу на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet» за адресою, зазначеною в Пропозиції та Сертифікаті, обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення договору страхування, в тому числі інформацію, необхідну для ідентифікації, верифікації уповноваженої особи на укладання договору страхування шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором та підтверджує надання згоди на обробку власних персональних даних.
- 2.3. Здійснення всіх вищевказаних дій є Заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти договір страхування.
- 2.4. Страховик, на підставі отриманої через інформаційно-телекомунікаційну систему Заяви на страхування, формує пропозицію укласти договір страхування (надалі – Пропозиція) та надсилає її Страхувальнику у вигляді комерційного електронного повідомлення в інформаційно-телекомунікаційних системах. Пропозиція дійсна до вказаної в ній дати.
- 2.5. Безумовним прийняттям (акцептом) Страхувальником умов Пропозиції вважається вчинення сукупності дій:
- а) підписання Сертифікату електронним підписом одноразовим ідентифікатором;
 - б) сплата страхового платежу у передбачені строки і розміри на поточний рахунок Страховика. Датою оплати страхового платежу вважається дата надходження коштів на поточний рахунок Страховика.
- 2.6. Для підписання Сертифікату Страхувальнику надсилається одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Сертифікату Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Сертифікату Страхувальник вводить отриманий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та активує/підтверджує його введення. В результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Сертифікату. Підписаний Сертифікат надсилається на вказану Страхувальником адресу електронної пошти.
- Укладання договору страхування Страхувальника/Застрахована особа звільняє лікарів організацій закладів охорони здоров'я від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком у частині, що стосується страхового випадку.

3. ПЕРЕЛІК СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. С (витрати на швидку та невідкладну допомогу) - передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при гострих станах, що потребують невідкладної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму.

3.2. А (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих)/ D (витрати на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дітей) - передбачає організацію та оплату медичної допомоги Застрахованій особі при зверненні в поліклініку з приводу виникнення потреби у медичній допомозі відповідно до переліку випадків за обраною програмою страхування.

3.3. М (витрати на медичні препарати та засоби медичного призначення, необхідні для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах) - передбачає оплату та забезпечення лікарськими засобами через мережу аптек, з якими співпрацює Страховик.

3.4. В_екстрена (витрати на екстрену стаціонарну допомогу дорослим) - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в екстреному порядку в умовах стаціонару за умов наявності симптомів, які свідчать про наявність загрози її життю або можуть призвести до інвалідності, якщо не буде надана медична допомога в умовах стаціонару найближчим часом. Категорія клініки обирається на умовах, передбачених Програмою страхування.

3.5. В_планова (витрати на планову стаціонарну допомогу дорослим) - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару за направленням лікаря поліклініки з попереднім узгодженням із Страховиком. Планова госпіталізація здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Страхувальника/Застрахованої особи відповідної інформації чи надходження заяви. Категорія ЛПУ визначається згідно з Програмою страхування.

3.6. Е (витрати на стаціонарну допомогу для дітей) - за даним випадком Страховик оплачує лікування Застрахованої особи в екстреному порядку в умовах стаціонару за умов наявності симптомів, які свідчать про наявність загрози її життю або можуть призвести до інвалідності, якщо не буде надана медична допомога в умовах стаціонару найближчим часом, та за направленням лікаря поліклініки з попереднім узгодженням із Страховиком. Планова госпіталізація здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після отримання від Застрахованої особи відповідної інформації чи надходження заяви. Категорія ЛПУ визначається згідно з Програмою страхування.

3.7. А* (витрати на планову та екстрену стоматологічну допомогу) – передбачає організацію та оплату медичних послуг Застрахованій особі, направлених на лікування захворювань зубів та ясен, у тому числі в межах 24-х годин з моменту появи невідкладного стану (екстрена стоматологічна допомога).

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. Загальні виключення зі страхових випадків:

4.1.1. діагностика та лікування поза межами території страхування відповідно до договору;

4.1.2. випадок, що став наслідком навмисного заподіяння шкоди, тілесних ушкоджень власному здоров'ю чи бездіяльності Страхувальника/Застрахованої особи;

4.1.3. захворювання та/або травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (безпосередня участь у воєнних діях, під час проходження Застрахованою особою військової служби, участі у військових зборах, маневрах, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, так і цивільного службовця, масових заворушеннях, страйках, локаутах, актах тероризму, диверсіях, арештах, військових діях, громадянській війні, у випадку використання і зберігання зброї та вибухових речовин), а також із ризиком, невластивим щоденній життєвій та професійній діяльності, заняттями екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, кінним спортом, гірськими лижами, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо);

4.1.4. події не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в результаті ядерних вибухів, радіації, радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення або зараження, застосування вибухових речовин;

4.1.5. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом без права на керування транспортним засобом або передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка не мала права на керування транспортним засобом або знаходилася в стані алкогольного, наркотичного та/або токсичного сп'яніння (отруєння);

4.1.6. випадки, що сталися у стані наркотичного, токсичного, алкогольного сп'яніння, а також захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок перерахованих вище станів;

4.1.7. медикаментозне забезпечення на період після закінчення строку дії договору, навіть якщо медикаменти були призначені під час дії договору. У даному випадку Страховик організовує та фінансує придбання медикаментів виключно на період, що залишився до закінчення дії договору (якщо упаковка медикаментів дозволяє це зробити);

4.1.8. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про Предмет договору (в тому числі подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я Застрахованої особи на час укладання договору) або про факт настання страхового випадку;

4.1.9. створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

4.1.10. отримання послуг, лікування, медичних препаратів, що не були призначені письмово та засвідчені лікарями медичних закладів як розумні та необхідні заходи;

- 4.1.11. надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів поліції, носіння зброї, довідок у басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням Застрахованої особи);
- 4.1.12. інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 4.2. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:**
- 4.2.1. вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (генні, геномні, хромосомні);
- 4.2.2. психічні захворювання, психопатії, психологічні проблеми, психосоматика, порушення мови, розлади сну, астеничні та депресивні стани, неврози, неврастенії, порушення мови;
- 4.2.3. синдром Паркінсона, хвороба Паркінсона;
- 4.2.4. професійні захворювання, відповідно до висновку уповноваженої установи;
- 4.2.5. гелмінтози та паразитарні захворювання;
- 4.2.6. вірусний імунодефіцит людини (ВІЛ), в тому числі синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та інші імунодефіцитні стани та всі асоційовані з ними захворювання;
- 4.2.7. захворювання імунної системи;
- 4.2.8. короста, педикульоз, контагіозний моллюск;
- 4.2.9. безплідність (чоловіча, жіноча), клімакс, порушення оваріально-менструального циклу, синдром виснаження яєчників, полікістоз яєчників, передменструальний синдром, порушення гормонального стану (гіперпролактинемія, гіперандрогенія, інші), еректильні дисфункції, сексуальні дисфункції;
- 4.2.10. епілепсія;
- 4.2.11. кардіоміопатії;
- 4.2.12. особливо небезпечні захворювання (відповідно до діючих наказів МОЗ України та визначень ВООЗ), в тому числі лікування COVID-19;
- 4.2.13. променева та кесонна хвороба;
- 4.2.14. вірусні гепатити В, С, D, E, мікс-гепатити, хронічна печінкова недостатність, гепатози, стеатоз печінки, цироз печінки;
- 4.2.15. злоякісні новоутворення будь-якої локалізації, в тому числі захворювання крові та кровотворних органів, якщо інше не передбачено Договором;
- 4.2.16. вагітність та пологи;
- 4.2.17. мігрень, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «**С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)**»;
- 4.2.18. вегето-судинна та нейро-циркуляторна дистонія, окрім випадків невідкладної медичної допомоги в межах випадку «**С (витрати на швидку та невідкладну допомогу)**»;
- 4.2.19. аутоімунні захворювання, ревматизм, системні захворювання сполучної тканини, артропатії, спондилопатії;
- 4.2.20. ревматоїдний артрит, ювенільний ревматоїдний артрит;
- 4.2.21. системні атрофії, що вражають переважно центральну нервову систему;
- 4.2.22. демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи, аміотрофії, міотонії, міастенії, синдром Гієнбарта та синдром Геллера;
- 4.2.23. захворювання, пов'язані з порушенням обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез; порушення кальцієвого, фосфорного обміну, інші);
- 4.2.24. енцефалопатія будь-якого ґенезу;
- 4.2.25. захворювання чи стан здоров'я, що є причиною для встановлення III групи інвалідності (зазначений у відповідних документах, зокрема Акті огляду медико-соціальної експертної комісії);
- 4.2.26. будь-якого захворювання чи травми Застрахованої особи, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії даного договору страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання Застрахованої особи.
- 4.3. Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг з діагностики та лікування наступних захворювань та станів з моменту встановлення остаточного діагнозу:**
- 4.3.1. захворювання крові за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою;
- 4.3.2. кістозні утворення будь-яких органів чи локалізації;
- 4.3.3. ендометріоз, гіперплазія, ендометрія, дисплазія епітелію шийки матки, лейкоплакія шийки матки, ектропіон, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 4.3.4. мастопатія будь-якої форми;
- 4.3.5. хронічна ниркова недостатність, цукровий діабет, туберкульоз, захворювання щитоподібної залози, якщо інше не передбачено Програмою;
- 4.3.6. захворювання суглобів кінцівок та хребта (в тому числі і їх наслідків): вікові та дегенеративно-дистрофічні захворювання, артрози, нестабільність суглобів, проведення планового лікування (в т.ч. оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст; терапевтичне лікування проводиться лише у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення, але не довше 14 днів з моменту початку лікування;
- 4.3.7. хронічна венозна недостатність, варикозна хвороба, окрім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз), геморой, окрім гострих станів (тромбоз гемороїдальних вен, гемороїдальні кровотечі), якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 4.3.8. синдром хронічної втоми;

4.3.9. хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт;

4.3.10. саркоїдоз.

4.4. Виключення / обмеження на медичні послуги, в т.ч. методи лікування та діагностику, товари, обладнання:

4.4.1. медичні послуги та/або товари (в т.ч. призначення медикаментів), які не є необхідними для лікування та діагностики основного захворювання та його ускладнень та невідкладних станів, що діагностовано під час надання медичних послуг;

4.4.2. витрати на планове видалення металокопункцій, встановлених не в період неперервної дії договорів страхування в АТ СК «ІНГО»;

4.4.3. застосування екстракорпоральних методів лікування:

а) плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація, окрім лікування станів, що загрожують життю;

б) озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо - судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та інше;

4.4.4. лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини, гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, діагностика по Фолю, гірудотерапія, склеротерапія, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування та інше;

4.4.5. косметичні, пластичні та реконструктивні операції (в т.ч. планова септопластика та герніопластика), окрім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показниками або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні, операції на серці та судинах та лікування ускладнень, пов'язаних із ними, за винятком випадків, пов'язаних із відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався в період дії договору;

4.4.6. кріотерапія, кріомасаж;

4.4.7. лікування келоїдних рубців; зміна ваги, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;

4.4.8. трансплантація органів та тканин (окрім трансплантації шкіри при опіковій хворобі), будь-яке протезування, ендпротезування;

4.4.9. планові операції із застосуванням апарата штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), оперативні втручання на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця;

4.4.10. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, генетика;

4.4.11. нанесення напильника, інкрустація, застосування дорогоцінних металів, стоматологічна ремінералізуюча терапія, зубні пасти;

4.4.12. заміна старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;

4.4.13. шинування зубного ряду;

4.4.14. альтернативні консультації, якщо Застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення Застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;

4.4.15. будь-які планові медичні послуги та медикаментозне забезпечення, якщо лікування було заплановане та рекомендоване до початку дії договору страхування;

4.4.16. відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань опорно-рухового апарату, реабілітаційне лікування, окрім кінезіотерапії (ЛФК) в межах витрат на амбулаторно-поліклінічну допомогу для дорослих;

4.4.17. лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 14 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні та інші препарати), застосування препаратів аналогів гонадотропін-релізінг гормону (золадекс, диферелін тощо);

4.4.18. оперативні втручання не за медичними показаннями;

4.4.19. діагностика алергії, в тому числі проведення алергопроб;

4.4.20. послуги, які не передбачені Програмою страхування або не були узгоджені зі Страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі;

4.4.21. послуги, які були отримані без погодження із Спеціалізованою службою Страховика в медичних закладах, з якими Страховик не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;

4.4.22. проба Манту (туберкулінодіагностика);

4.4.23. генетичне тестування та аналіз поліморфізму генів;

4.4.24. вироби медичного призначення (медичні вироби): медичні лікувальні та діагностичні прилади, пристрої, медичне обладнання та витратні матеріали до них, у тому числі призначені з метою заміни та/або коригування функцій уражених органів, інструменти, артроскопічні набори, стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези, ортези, електроди, ріжучі петлі, імпланти, набори для металоостеосинтезу, окрім контактних лінз у межах витрат на опцію «офтальмологія» та пролінової сітки для ургентної герніопластики та медичних виробів, передбачених програмою страхування;

4.4.25. штучне запліднення, стерилізація, контрацепція, проведення тестів на вагітність, проведення абортів, придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);

4.4.26. медичні препарати та засоби, що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (харчові домішки та біологічно активні добавки);

4.4.27. засоби особистої гігієни, косметичні засоби (креми, лосьйони тощо).

4.5. Якщо інше не передбачено Програмою страхування, Страховик не забезпечує організацію надання та оплати медичних та інших послуг щодо діагностики та лікування наступних захворювань та станів:

- 4.5.1. класичні венеричні захворювання згідно з класифікацією ВООЗ;
- 4.5.2. інфекції, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, папіломовірус, гарднерельоз, лептотрікс та інші;
- 4.5.3. хронічні TORCH-інфекції (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, вірус герпесу) та інфекція Епштейн-Бара, за винятком гострих типових клінічних форм з первинними проявами хвороби (вітряна віспа, краснуха, інфекційний мононуклеоз);
- 4.5.4. запальні захворювання сечостатевих органів у випадку виявлення у Застрахованої особи захворювань, що перераховані в пп.4.5.2. та пп.4.5.3., до моменту пред'явлення висновку лікуючого лікаря про проведення лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень;
- 4.5.5. захворювання шкіри та придатків шкіри (вугрова хвороба та вугровий висип, демодекоз, мікози, оніхомікози, псоріаз, екземи, atopічний дерматит, себорея будь-якого типу, ламкість та випадіння волосся, aloпеція, вітиліго, розацеа, оніходистрофія), порушення потовиділення;
- 4.5.6. доброякісні новоутворення будь-якої локалізації, включаючи доброякісні новоутворення шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ураження або запалення шкіри або підшкірної клітковини);
- 4.5.7. хронічні хвороби в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій;
- 4.5.8. проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
- 4.5.9. короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), астигматизм, катаракта, глаукома, астенопія, косоокість, «комп'ютерний зоровий синдром», синдром «сухого ока», інші порушення функції зору, кератоконус, халязіон (окрім випадків запалення);
- 4.5.10. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні гострого захворювання в амбулаторних умовах;
- 4.5.11. лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при лікуванні хронічного захворювання в стадії загострення в амбулаторних умовах, але не більше двох загострень одного захворювання впродовж строку дії договору;
- 4.5.12. витрати на лікарські засоби, що необхідні для запобігання прогресування захворювання та виникнення рецидивів та ускладнень;
- 4.5.13. витрати на лікарські засоби, що застосовуються в амбулаторно-поліклінічних умовах:
- 4.5.14. хондротин сульфат (M01A X25);
- 4.5.15. глюкозамін і хондротин сульфат (M01A X55**);
- 4.5.16. інші засоби, що застосовуються при патологіях опорно-рухового апарату (M09);
- 4.5.17. бісфосфонати (M05B A);
- 4.5.18. інгібітори фактору некрозу пухлин альфа (L04AB);
- 4.5.19. антинеопластичні засоби (L01);
- 4.5.20. гіполіпідемічні засоби (C10);
- 4.5.21. інші психостимулюючі і ноотропні засоби (N06B X);
- 4.5.22. інші засоби, що застосовуються при деменції (N06D X);
- 4.5.23. антитромботичні засоби (B01);
- 4.5.24. аналоги гонадотропін-релізінг гормону (L02A E);
- 4.5.25. імуностимулятори (L03);
- 4.5.26. засоби, що сприяють розчиненню сечових конкрементів (G04B C);
- 4.5.27. кислота урсодезоксихолева (A05A A02);
- 4.5.28. антигомотоксична терапія;
- 4.5.29. витрати на лікарські засоби у складі схеми лікування, що необхідні для профілактики ускладнень медикаментозної терапії, або призначені з метою профілактики взагалі, в т.ч. пробіотики, пребіотики, еубіотики, протигрибкові препарати, гепатопротектори, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, бактеріофаги;
- 4.5.30. витрати на лікарські засоби для лікування дерматитів строком більше, як 30 днів, але не більше двох випадків лікування впродовж строку дії договору;
- 4.5.31. специфічна імунотерапія алергічних захворювань;
- 4.5.32. витрати на дерматокосметологічні процедури: видалення бородавок, папілом, ліпом, атером та інших новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, корекція рубців, лікування вугрового висипу з медикаментозним забезпеченням та фізіопроцедурами;
- 4.5.33. захворювання або загострення хронічного захворювання внаслідок інфікування вірусом COVID-19 в амбулаторних чи стаціонарних умовах.

4.6. Інші стани та обмеження, щодо яких Страховик не здійснює організацію та оплату послуг:

- 4.6.1. транспортування в ЛПУ при організації медичної допомоги в плановому порядку та стоматологічній допомозі;
- 4.6.2. лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах та інших подібних закладах;
- 4.6.3. консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом за виключенням важких випадків у пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом;
- 4.6.4. перебування Застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;

- 4.6.5. оплата перебування та харчування осіб, які супроводжують Застраховану особу при лікуванні в умовах стаціонару;
- 4.6.6. організація та оплата індивідуального сестринського поста, якщо інше не передбачено Програмою страхування;
- 4.6.7. повторні медичні обстеження, в т.ч. альтернативні консультації Застрахованої особи, та/чи придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань (за відсутності призначень лікуючого лікаря);
- 4.6.8. вагітність в результаті екстракорпорального запліднення;
- 4.6.9. консультації лікарів поза робочим графіком;
- 4.6.10. використання договору страхування особою, яка не є власником договору страхування, з метою отримання медичних послуг;
- 4.6.11. недотримання Застрахованою особою порядку дій при настанні страхового випадку, передбаченого п.6. Умов страхування та режиму ЛПУ, призначеного лікування без поважних на це причин;
- 4.6.12. надання Страхувальником/Застрахованою особою документів та відшкодування вартості самостійно оплачених послуг, медикаментів, товарів медичного призначення та витрат на благодійну допомогу або в якості благодійного внеску.

5. УМОВИ НАБРАННЯ ЧИННОСТІ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір набуває чинності з 00.00 год. дня, наступного за днем надходження страхової премії (першої її частини) на рахунок Страховика, але не раніше дати початку строку дії, зазначеної договором.

5.2. У випадку, якщо одна із частин страхової премії, яка зазначена у графіку платежів, не сплачена в зазначений термін у повному обсязі, договір призупиняє свою дію з 00.00 годин дати, наступної за датою сплати чергової частини страхового платежу, зазначеної договором за графіком до дати погашення заборгованості.

При цьому період, за який не був своєчасно сплачений страховий платіж, зараховується в загальний термін дії Договору страхування.

У період зупинення дії договору страхування організація надання медичної допомоги Застрахованій особі за подіями, що сталися в цей період, не проводиться до погашення заборгованості Страхувальником.

5.3. Протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з дати початку строку дії, зазначеної договором, Страховик несе зобов'язання щодо всіх подій, визнаних страховими випадками, за цим Договором, лише за базовими ризиками: **С (витрати на швидку та невідкладну допомогу).**

5.3.1. З 16 (шістнадцятого) календарного дня дії цього договору страхування (далі – період очікування) Страховик несе зобов'язання у повному обсязі щодо всіх подій, які визнані страховими випадками за цим договором, за всіма опціями обраної Програми страхування та додатковими опціями.

5.3.2. Період очікування при пролонгації договору страхування не застосовується.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страховик має право:

- 6.1.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником/Застрахованою особою, а також вимагати дотримання ними Умов страхування та Правил;
- 6.1.2. ініціювати внесення змін до договору страхування та/або дострокове припинення дії договору страхування з дотриманням вимог п.9 Умов страхування;
- 6.1.3. направляти свого представника до Застрахованої особи, що перебуває на лікуванні в умовах стаціонару медичної установи;
- 6.1.4. відмовити Застрахованій особі в подальшому медичному обслуговуванні та в односторонньому порядку розірвати з нею Договір страхування у випадку порушення нею медичних призначень, лікувально-організаційного режиму;
- 6.1.5. користуватися іншими правами, передбаченими Договором, Правилами та законодавством України;

6.2. Страховик зобов'язаний:

- 6.2.1. ознайомити Страхувальника з Умовами страхування, Програмою страхування та Правилами;
- 6.2.2. організувати Страхувальнику/Застрахованій особі надання та оплату медичних послуг в обсязі та на умовах, зазначених у Програмі та договорі страхування;
- 6.2.3. у 3-денний термін повідомити Страхувальника про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів, факсів, банківських реквізитів тощо;
- 6.2.4. виконувати інші обов'язки, передбачені договором, Правилами та законодавством України.

6.3. Страхувальник має право:

- 6.3.1. вимагати дотримання Страховиком умов договору та Правил страхування;
- 6.3.2. ініціювати внесення змін до договору страхування та/або дострокове припинення дії договору страхування з дотриманням вимог п.9 Умов страхування;
- 6.3.3. на запит Страхувальника/Застрахованої особи до Страховика одержувати будь-які роз'яснення за договором.

6.4. Страхувальник зобов'язаний:

- 6.4.1. сплачувати страхову премію у встановлені договором строки;
- 6.4.2. при укладанні договору надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі надавати інформацію про встановлену Застрахованій особі групу інвалідності;

- 6.4.3. при укладанні договору страхування ознайомити Застраховану особу з умовами договору страхування, Програмою страхування, правами та обов'язками Сторін договору, діями при настанні страхового випадку;
- 6.4.4. до початку відвідування у планових випадках або негайно, як тільки з'явиться можливість, в екстрених випадках, узгоджувати зі спеціалізованою службою Страховика умови самостійного звернення до будь-якого ЛПУ Медичної мережі «Добробут»;
- 6.4.5. виконувати обов'язки, які передбачені договором страхування, Правилами та законодавством України;
- 6.4.6. повідомити Страховика про інші договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), що є діючими на момент укладання цього договору або укладеними в період його дії;
- 6.4.7. у 3-денний термін повідомити Страховика про зміни своїх адрес (поштових, електронних), телефонів, факсів, банківських реквізитів тощо;
- 6.4.8. у випадку зміни впродовж дії договору медико-соціального статусу Застрахованої особи, сповістити про це Страховика в 30-тиденний термін, починаючи з дати встановлення відповідної групи інвалідності;
- 6.5. Дії або бездіяльність Застрахованої особи несуть за собою такі ж самі наслідки, як і дії або бездіяльність Страхувальника.

7. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. При настанні випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим випадком, Застрахована особа повинна звернутися до Спеціалізованої служби Страховика за багатоканальними номерами:

У випадках, що вимагають невідкладної допомоги	0800-218-668
В інших випадках	0800-214-003, 067-214-00-03, 050-119-01-40

7.1.1. Функції Спеціалізованої служби Страховика - організація необхідної медичної допомоги Застрахованій особі. При цьому організація таких послуг здійснюється з переліку ЛПУ Медичної мережі «Добробут», з якими у Страховика є договірні відносини та які передбачені умовами договору страхування.

7.1.2. Спеціалізована служба Страховика не приймає заяви про настання випадку, що за своїми ознаками може бути визнаний страховим, та не здійснює організацію необхідної медичної допомоги Застрахованій особі за такою заявою, якщо Страхувальником/Застрахованою особою подано Заяву про дострокове припинення дії договору страхування (п.9.4. Умов страхування).

7.2. В екстрених випадках Застрахована особа госпіталізується лікарями невідкладної медичної допомоги в рекомендовану ними ЛПУ Медичної мережі «Добробут», яка при наявності відповідних відділень та місць може надати необхідну медичну допомогу за профілем.

7.3. При відвідуванні медичної установи необхідно мати при собі документ, що засвідчує особу.

8. ФОРМА ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. На умовах, визначених договором, Страховик оплачує вартість медичної допомоги при розладі стану здоров'я Застрахованої особи, пов'язаному з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, опіком чи отруєнням тощо, що виникли під час дії договору.

8.2. Страховик оплачує вартість медичної допомоги, товарів медичного призначення та лікарських засобів:

- ЛПУ та аптечних закладам Медичної мережі «Добробут», якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа звернулася до Спеціалізованої служби Страховика, а спеціалізована служба здійснила організацію надання медичної допомоги.

8.3. Послуги, що не передбачені Програмою страхування, та/або не надаються Медичною мережею «Добробут» Застрахована особа оплачує самостійно та без подальшої компенсації Страховиком.

8.4. Призначені лікарем лікарські засоби Застрахована особа отримує за рецептами або на основі заяви, направленої Страховиком у аптеку мережі аптечних закладів Медичної мережі «Добробут».

9. ПОРЯДОК ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ

9.1. Дія договору припиняється у разі:

9.1.1. закінчення строку дії договору;

9.1.2. виконання Страховиком договірних обов'язків у повному обсязі;

9.1.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.4. смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом, та якщо Застраховані особи не прийняли на себе виконання обов'язків Страхувальника в повному обсязі;

9.1.5. дострокового припинення дії договору страхування за вимогою сторін;

9.1.6. набрання законної сили судовим рішенням про визнання договору недійсним;

9.1.7. якщо з'ясується, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив Страховика свідомо неправдиві відомості про обставини, наявність яких відповідно до Правил страхування чи умов договору зробило б неможливим його укладання, Страховик має право визнати договір недійсним та вимагати його дострокового припинення.

9.1.8. в інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2. Дія договору може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика. Про намір достроково припинити дію договору страхування, крім дострокового припинення з причин несплати страхового платежу, будь-яка Сторона зобов'язана письмово, або в електронній формі шляхом обміну інформацією та підписання документів в електронних сервісах за допомогою простого електронного підпису, має надати заяву про дострокове припинення дії договору, шаблон якої розміщено на офіційному веб сайті

Страховика за адресою <https://ingo.ua/services> не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до дати припинення, але не пізніше ніж за 90 (дев'яносто) днів до закінчення його строку дії.

9.3. Дія договору страхування може бути достроково припиненою Страховиком у разі несплати Страхувальником страхового платежу чи його частини у строк, встановлений умовами Договору.

При цьому Страховик звільняється від обов'язку направлення Страхувальнику письмового повідомлення про дострокове припинення дії Договору.

9.4. У випадку дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає Страхувальнику фактично оплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи в розмірі 25% (двадцять п'ять відсотків), а також суми страхових виплат, що були здійснені протягом дії договору. В разі зарахування, за заявою Страхувальника про дострокове припинення дії Договору, коштів, що йому повертаються, як оплата премії за іншими договорами страхування, Страховик не утримує витрати на ведення справи. При цьому розрахунок суми страхових виплат, що були здійснені за цим договором, та повернення страхової премії здійснюється протягом 20 (двадцяти) робочих днів після надходження до Страховика кінцевих рахунків від медичних та інших установ, в яких відбувалося обслуговування Застрахованої особи;

9.4.1. якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком положень договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту одержання від Страхувальника заяви про дострокове припинення договору та повернення страхової премії. У цьому випадку вимога Страхувальника повинна бути письмово обґрунтована.

9.5. У випадку дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика про дострокове припинення дії договору, крім випадку дострокового припинення дії договору з причин несплати страхового платежу чи його частини в строк, встановлений умовами Договору, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

9.5.1. якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору, то Страховик повертає Страхувальнику фактично сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи 25% (двадцять п'ять відсотків) та суми страхових виплат, що були здійснені за договором. В разі, якщо припинення договору пов'язане з невиконанням обов'язків Страхувальника щодо сплати платежів згідно з графіком платежів, страхова премія за невикористаний період Страхувальнику не повертається.

9.6. Усі зміни до договору страхування можуть бути внесені тільки за взаємною згодою сторін у письмовій формі шляхом підписання Додаткової угоди до договору.

10. ФОРС-МАЖОР

10.1. Сторони звільняються повністю або частково від своїх зобов'язань за договором, якщо їх невиконання є наслідком форс-мажорних обставин. Під форс-мажорними обставинами розуміються надзвичайні та невідворотні за даних умов обставини (наприклад, стихійні лиха (повені, землетруси тощо), суспільні явища (громадські хвилювання, страйки тощо)).

10.2. Сторона, що посиляється на форс-мажорні обставини, зобов'язана негайно сповістити іншу про настання та припинення дії таких обставин.

10.3. Факт дії форс-мажорних обставин підтверджується компетентними органами державної влади та іншими структурами, що мають відповідні повноваження.

11. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

11.1. Сторони вважають конфіденційною інформацію про:

- діяльність Сторін договору та фінансові умови договору;
- захворювання (медичні діагнози) та порядок лікування Застрахованої особи.

11.2. Сторони приймають всі необхідні та достатні міри, щоб запобігти розголошенню отриманої ними конфіденційної інформації третім особам (за винятком випадків, передбачених законодавством України).

11.3. Страхувальник підписанням Договору страхування звільняє ЛПУ від обов'язку збереження лікарської таємниці стосовно Застрахованої особи перед Страховиком.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

12.1. Все, що не знайшло відображення в Договорі страхування, регулюється Правилами страхування та діючим законодавством.

12.2. У разі виникнення розбіжностей між умовами договору страхування та Правилами – пріоритет має Договір страхування.

12.3. Підписуючи цей договір, Страхувальник підтверджує, що Страховик надав усю необхідну інформацію щодо надання Страховиком послуг із страхування та вартості цих послуг.

12.4. Застраховані особи мають право користуватися медичними послугами, які передбачені Програмою страхування з 00.00 дня, наступного за днем сплати Страховику страхової премії відповідно до п.1.2. договору.

12.5. Усі поточні факсові та електронні копії Заяв на страхування, Анкет про стан здоров'я та іншої документації, що має відношення до договору (із наступною передачею оригіналів даних документів за запитом Страховика) мають чинність оригіналу.

12.6. Після підписання договору всі попередні комерційні пропозиції, листування та/або протоколи про наміри з питань стосовно Договору втрачають юридичну силу.

12.7. На виконання ст. 6, 10, 11, 14 та 20 Закону України «Про захист персональних даних» Страхувальник/Застрахована особа, як суб'єкт персональних даних, надає дозвіл на обробку своїх персональних даних відповідно до мети їх обробки згідно із Законом України «Про страхування», а також на поширення та внесення змін до персональних даних за зверненням інших суб'єктів відносин, пов'язаних із персональними даними. Страхувальник/Застрахована особа підтверджує, що належним чином повідомлена про свої права, передбачені ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних».

12.8. Страхувальник є платником податку на доходи фізичних осіб відповідно до положень Податкового кодексу України

12.9. Страховик є платником податку на прибуток згідно з пп.141.1.2., п.141.1., ст.141 Податкового кодексу України.

12.10. На виконання ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» реквізити органу, який здійснює державне регулювання ринків фінансових послуг (адреса, номер телефону тощо), а також реквізити органів з питань захисту прав споживачів:

Національний Банк України

Для подання письмових звернень: вул. Інститутська, 11-Б, м.Київ-8, 01601

тел: 0 800 505 240. Форма електронного звернення: nbu@bank.gov.ua

Управління захисту споживачів ГУ Держпродспоживслужби в м. Києві

м. Київ, вул. Некрасовська, 10/8

тел./факс: (044) 486-54-86, (044) 486-40-27.

12.11. На виконання частини другої ст. 12 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» Страхувальник засвідчує, що Страховиком надано (Страхувальник ознайомлений) з відповідною інформацією щодо вимог даного Закону та Закону України «Про захист прав споживачів»..

12.12. Сторони дійшли згоди використовувати корпоративну електронну пошту (домен ingo.ua) для надсилання/отримання будь-яких електронних повідомлень в межах дії Договору та при врегулюванні страхової події з використанням КЕП, та/або з використанням простого електронного підпису; копій документів (за поданням оригіналів у термін не пізніше закінчення дії Договору).

12.13. Усі повідомлення вважаються поданими належним чином, якщо вони відправлені:

- на електронну адресу, зазначену Страхувальником в заяві при укладенні договору страхування;
- смс повідомленням за номером телефону, зазначеним при укладенні Договору;
- рекомендованим листом, за адресами, зазначеними при укладенні Договору;
- факсимільним зв'язком з підтвердженням про отримання;
- кур'єром за адресами, зазначеними при укладенні Договору, з оплатою послуг доставки стороною – відправником повідомлення;
- службами відправки електронних повідомлень за електронною адресою/посиланням, зазначеною відповідно умов даного Договору, заяви на страхування;
- аудіозвернень до Контакт-Центру Страховика та звернень представників Контакт-Центру до Страхувальника;
- шляхом доступу до сервісів обміну та підписання електронних первинних документів, з використанням електронного простого підпису фізичної особи. Інформація щодо Порядку доступу та посилання на сервіс обміну та підписання електронних первинних документів, надається Страхувальнику Контакт центром за телефонами, вказаними в Сертифікаті;
- копій документів за допомогою месенджерів в порядку та випадках погоджених Сторонам з наданням оригіналів документів до закінчення терміну дії Договору.

12.14. Відповідно до вимог Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення" Страховик має право витребувати, а клієнт, представник клієнта зобов'язані подати інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства у сфері запобігання та протидії

13. МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ТА БАНКІВСЬКІ РЕКВІЗИТИ СТОРІН СТРАХОВИК:

АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНГО»

Місцезнаходження та фактична адреса: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 33.

Тел.: (044) 490-27-44; (044) 490-27-45

Факс: (044) 490-27-48

e-mail: office@ingo.ua

IBAN 833052990000026508045000690 в АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

код ЄДРПОУ 16285602

**Голова правління
АТ «СК «ІНГО»**



Гордієнко І.М.