

Інформаційний документ
про стандартний страховий продукт
«Онкозахист»
за програмами страхування «Стандарт», «Еліт»
для клієнтів АТ «КБ «ПРИВАТБАНК»

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

1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	АТ «СК «АРКС» Код ЄДРПОУ: 20474912
3	Номер і дата витягу з Реєстру	27-0024/31759 від 24.04.2024 року
4	Місцезнаходження страховика	04070, м. Київ, вул. Іллінська, 8
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://arx.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)». Предметом цього Договору страхування (далі – Договір) є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування, Страховику на умовах, визначених Договором. Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи (далі - Застрахована особа) та з яким пов'язані: - страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи / Вигодонабувача); - страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страховим випадком за Договором є отримання Застрахованою особою в Медичному закладі медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхового продукту за Договором, у зв'язку з настанням страхового ризику, протягом строку чинності Договору, із врахуванням періоду очікування, та не є виключенням зі страхових випадків. Страхові ризики за програмою «Онкозахист»: Страховим ризиком за Договором є критичне захворювання та/або стан, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору, з урахуванням періоду очікування, а саме: • захворювання на рак (злоякісне новоутворення)

		Застрахованої особи (будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, та яке не є виключенням зі страхових випадків) та підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або – в разі системних ракових захворювань – цитологічними доказами відповідно до протоколів лікування. В рамках страхового покриття за даним ризиком, для лікування злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору, та яке було підтверджено результатами гістологічного тесту для дітей віком від 1 до 18 років (включно) передбачено застосування трансплантації кісткового мозку на умовах та у випадках, та з урахуванням лімітів, визначених Договором та Програмою страхового продукту; • інші випадки, передбачені Програмою страхового продукту, пов'язані з наданням асистуючих послуг у зв'язку з настанням страхового ризику за Договором, що передбачені Програмою страхового продукту (Додаток 1 до Загальних умов страхового продукту (далі -Умов)). Обмеження страхування: Не можуть бути Застрахованими особи: 1. визнані у встановленому законодавством України порядку недієздатними; 2. хворі на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), 3. які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; 4. онкологічні хворі 5. молодші 1 року та старші 69 років на момент укладення Договору; 6. для яких неможливо підтвердити інформацію, зазначену в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи. 7. За наявності/виникнення на момент укладання/під час дії Договору вказаних обставин стосовно Застрахованих осіб застосовується п.12.7. Умов. 8. Повний перелік винятків із страхових випадків та обмежень страхування зазначено в Розділі 12 Умов.
9	Територія та строк дії договору страхування	Територія надання Застрахованій особі послуг, передбачених Договором, в разі настання страхового випадку - Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово

		окуповані). Лікування за межами території України: - у випадку, якщо лікування неможливо здійснити в Україні*, то воно повинно бути здійснене за кордоном за вибором Страховика (в Ізраїлі, Іспанії, Південній Кореї, Туреччині або Польщі), - а у разі, якщо лікування недоступне у вищезазначених країнах і існує небезпека для життя Застрахованої особи, то таке лікування буде проводитися в будь-якій країні Європи за вибором Страховика, окрім Швейцарії. * - Лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов: - якщо лікування є традиційним медичним лікуванням, схваленим усіма регулюючими органами на території, де воно проводиться; - лікування не може бути проведено в Україні, при цьому відсутнє замісне лікування; - в разі непроведення лікування у найближчому майбутньому (до 4 тижнів), це становитиме загрозу життю Застрахованої особи; - якщо за кордоном існує медичний інститут, який готовий провести лікування для Застрахованої особи відповідно до умов Договору страхування. Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у Договорі.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Програма «Стандарт»: 1-18 років (включно) – 10 000 000,00 грн., в т.ч.: - ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкомії - 8 000 000,00 грн.; - ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою, не пов'язані з ТКМ – 2 000 000,00 грн. 19-69 років (включно) – 2 000 000,00 грн. Програма «Еліт»: 1-18 років (включно) – 12 000 000,00 грн. 19-69 років (включно) – 12 000 000,00 грн. Страхова сума за Договором є зменшуваною (агрегатною) страховою сумою. У разі настання страхового випадку протягом строку дії Договору агрегатна страхова сума розраховується як різниця страхової суми на початок строку дії Договору та сумою здійснених Страховиком страхових виплат протягом 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим, якщо він стався в період дії Договору незалежно від дати його визнання. При цьому, якщо страхова сума буде використана повністю до завершення 365 днів з дати визнання випадку страховим, то відповідальність Страховика по здійсненню страхових виплат за Договором припиняється, а зобов'язання Страховика щодо Застрахованої особи за Договором вважаються виконаними.
11	Франшиза	Франшиза не застосовується.

		Період очікування страхового випадку - 90 (дев'яносто) днів від дати набрання чинності Договором страхування або дати відновлення відповідальності Страховика. Період часу в межах строку дії Договору, протягом якого будь-який факт діагностування або фіксації в медичних документах перших симптомів/свідчень (ознак) настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування (злоякісне новоутворення), в тому числі трансплантації кісткового мозку для дітей від 1 (одного) до 18 (вісімнадцяти) років (включно) - не буде підставою для отримання будь-яких виплат по Договору протягом терміну дії Договору. Страхове покриття починає діяти після закінчення Періоду очікування - 90 (дев'яносто) днів з дати початку дії Договору страхування при укладанні Договору на перший рік страхування або відновлення відповідальності Страховика за Договором страхування у випадку застосування пільгового періоду (в тому числі для пролонгованих Договорів). При безперервній пролонгації Договору страхування на другий і наступні страхові роки та сплаті страхових платежів згідно віку Застрахованої особи за програмами, «Період очікування» не застосовується. Страхова подія, що наступила в період очікування, не покривається Програмою страхування.																																																	
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<table><tr><td></td><td colspan="3">Річний страховий тариф за Програмою, %</td></tr><tr><td>Вік Застрахованої особи*</td><td colspan="2">«Стандарт»</td><td>«Еліт»</td></tr><tr><td>від 1 до 18 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,01068%</td><td>0,0189%</td></tr><tr><td>від 19 до 30 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,06%</td><td>0,021%</td></tr><tr><td>від 31 до 40 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,09%</td><td>0,03%</td></tr><tr><td>від 41 до 50 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,18%</td><td>0,06%</td></tr><tr><td>від 51 до 60 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,45%</td><td>0,15%</td></tr><tr><td>від 61 до 69 повних років (включно)</td><td colspan="2">0,84%</td><td>0,25%</td></tr></table> * Вік Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання / річної лонгації Договору страхування. <table><tr><td></td><td colspan="4">Страховий платіж за Програмою, грн</td></tr><tr><td rowspan="3">Вік Застрахованої особи</td><td colspan="2">«Стандарт»</td><td colspan="2">«Еліт»</td></tr><tr><td>за період 1 місяць</td><td>за період 1 рік</td><td>за період 1 місяць</td><td>за період 1 рік</td></tr></table>					Річний страховий тариф за Програмою, %			Вік Застрахованої особи*	«Стандарт»		«Еліт»	від 1 до 18 повних років (включно)	0,01068%		0,0189%	від 19 до 30 повних років (включно)	0,06%		0,021%	від 31 до 40 повних років (включно)	0,09%		0,03%	від 41 до 50 повних років (включно)	0,18%		0,06%	від 51 до 60 повних років (включно)	0,45%		0,15%	від 61 до 69 повних років (включно)	0,84%		0,25%		Страховий платіж за Програмою, грн				Вік Застрахованої особи	«Стандарт»		«Еліт»		за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік
	Річний страховий тариф за Програмою, %																																																		
Вік Застрахованої особи*	«Стандарт»		«Еліт»																																																
від 1 до 18 повних років (включно)	0,01068%		0,0189%																																																
від 19 до 30 повних років (включно)	0,06%		0,021%																																																
від 31 до 40 повних років (включно)	0,09%		0,03%																																																
від 41 до 50 повних років (включно)	0,18%		0,06%																																																
від 51 до 60 повних років (включно)	0,45%		0,15%																																																
від 61 до 69 повних років (включно)	0,84%		0,25%																																																
	Страховий платіж за Програмою, грн																																																		
Вік Застрахованої особи	«Стандарт»		«Еліт»																																																
	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік																																															

		від 1 до 18 повних років (включно) 89 грн 1 068 грн 189 грн 2 268 грн від 19 до 30 повних років (включно) 100 грн 1 200 грн 210 грн 2 520 грн від 31 до 40 повних років (включно) 150 грн 1 800 грн 300 грн 3 600 грн від 41 до 50 повних років (включно) 300 грн 3 600 грн 600 грн 7 200 грн від 51 до 60 повних років (включно) 750 грн 9 000 грн 1 500 грн 18 000 грн від 61 до 69 повних років (включно) 1 400 грн 16 800 грн 2 500 грн 30 000 грн
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Страхові платежі сплачуються у грошовій одиниці України. Порядок сплати загального страхового платежу за Договором залежить від кількості періодів страхування за Договором. Страховий платіж за кожен період страхування сплачується з періодичністю згідно з Договором у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного періоду дії Договору.
14	Обов'язки сторін	Страховик зобов'язаний: Ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством. Протягом п'яти робочих днів з моменту отримання заяви Страхувальника про виплату страхового відшкодування, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у строки та в порядку, передбачені Договором страхування. Письмово повідомити Страхувальника про відмову у страховій виплаті у строки та в порядку, передбачені Договором страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття та, відповідно, до закону відшкодувати заподіяні Страхувальнику з вини Страховика збитки та моральну шкоду у разі розголошення інформації, що становить таємницю страхування, та/або її використання на свою користь чи на користь третіх осіб. Страховальник/Застрахована особа зобов'язаний: Своєчасно вносити страхові платежі в строки передбачені Полісом та Умовами, не допускаючи прострочення та наявності періодів страхування, за якими не сплачені страхові платежі, в тому числі при збільшенні страхового тарифу у випадках, передбачених Договором страхування. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованих осіб, про всі відомі йому обставини, що

		мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмета страхування за Договором страхування. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у строки та порядку, передбаченому Договором страхування. Повідомити Застрахованій особі про укладення Договору страхування на її користь, а також повідомити Застраховану особу, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом, є обов'язковою умовою Договору. У випадках, передбачених умовами Договору – надати Страховику необхідні документи, зазначені в Договорі. Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування. Протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування. Обов'язки Страхувальника за Договором страхування, за винятком обов'язків щодо сплати страхового платежу, також розповсюджуються на Застраховану особу. Невиконання Застрахованою особою цих обов'язків спричиняє ті ж наслідки, що і невиконання їх безпосередньо Страхувальником. Не передавати Договір страхування іншій особі для отримання послуг; Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку (в тому числі при укладенні цього Договору надати Страховику згоду на отримання персональних/медичних даних Застрахованої особи, в тому числі тих, що становлять лікарську таємницю). Надавати на усний та/або письмовий запит Страховика інформацію (офіційні документи), необхідну (необхідні) для здійснення належної перевірки, актуалізації даних, а також для виконання Страховиком інших вимог законодавства, яке регулює відносини у сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення. У випадках, передбачених Договором, Страхувальник повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення
--	--	--

		нового договору страхування на WEB-сторінці Страхового агента за адресою https://www.pb.ua або у персональному кабінеті за адресою: https://www.privat24.ua/ або в ІТС.
15	Підстави та порядок припинення дії договору страхування	Підставами припинення дії Договору є: Припинення дії Договору за згодою Сторін Договору. При цьому Сторони укладають відповідну додаткову угоду, що визначає умови такого дострокового припинення. Порядок повернення та розрахунку суми страхового платежу або його частини до повернення визначаються відповідно до законодавства України за домовленістю Сторін Договору та вказується в такій додатковій угоді; Припинення дії Договору у випадках, передбачених ч.1 ст.105 Закону України «Про страхування», а саме: • закінчення строку дії Договору. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику; • виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі. При цьому сплачений страховий платіж не повертається Страхувальнику; • несплати, згідно з Договором, чергового страхового платежу за укладеним Договором протягом 90 днів поспіль. При цьому раніше сплачені страхові платежі не повертаються Страхувальнику; • ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи (крім випадків заміни Страхувальника як Сторони у зобов'язанні згідно з ст. 100 Закону України «Про страхування»). Страховик повертає сплачений страховий платіж особі, визначеній на підставі законодавства, за письмовою заявою такої особи, за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором; • ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України; Наслідки ліквідації Страховика визначаються згідно з законодавством та нормативними документами Національного банку України; • набрання законної сили рішенням суду про визнання Договору недійсним. Наслідки визнання Договору недійсним визначаються згідно з законодавством та відповідним рішенням суду; • в інших випадках, передбачених законодавством України. Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціюючи Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:

		• У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину сплаченого страхового платежу за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю; • У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному Договором, незалежно від надання згоди Страхувальника, виконання ним умов Договору та інших обставин. • У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачений ним страховий платіж. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому сплачений страховий платіж за період, що залишився до закінчення строку дії Договору, з вирахуванням за цей період витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором. У разі дострокового припинення дії Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі. Повернення сплаченого страхового платежу або її частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених Розділом 15 цього інформаційного документу, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів від дати дострокового припинення дії Договору, якщо інший строк не обумовлений додатковою угодою Сторін. При достроковому припиненні дії Договору, за яким залишились неврегульовані страхові випадки, остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком здійснюється після прийняття Страховиком рішення про визнання випадку страховим та здійснення страхової виплати, або прийняття Страховиком рішення про невизнання випадку страховим, та/або прийняття Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Умови використання права Страхувальника на відмову від договору страхування передбачаються ст. 107 Закону України «Про страхування».
16		3. Здійснення страхових виплат

17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	Застрахована особа невідкладно (протягом 5 днів, але в будь-якому разі до початку проведення лікування) зобов'язана повідомити Страховика за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово, безкоштовно), зокрема за виділеною телефонною лінією 044 498 03 01 та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, умови та обставини страхового випадку, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору та іншу інформацію на прохання Страховика/представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані Страховиком/представником Страховика. Звернення від імені Застрахованого може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє їй це зробити самостійно. Перевищення вказаного терміну можливе лише за умови, що Страхувальник/Застрахована особа не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення. Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією Страховика щодо подальших дій Застрахованої особи. У термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, Страхувальник/Застрахована особа або їх законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Страхувальника або особи, яка відповідно до Договору страхування має право на отримання страхової виплати. Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі) або його законному представнику необхідно надати наступні документи: Заяву про подію та на виплату; Засвідчену Вигодонабувачем копію паспорту (1, 2 сторінки та сторінка з інформацією про реєстрацію) Вигодонабувача та Застрахованої особи; Засвідчену Вигодонабувачем копію ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи; Наявні документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з медичної карти амбулаторного та/або стаціонарного хворого), інші наявні документи, які підтверджують діагноз, встановлений лікарем відповідної спеціалізації. Термін від дати проведення медичних обстежень та дати їх подання Страховику не повинен перевищувати 3 (трих)
----	---	---

		місяців. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи; Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Строк прийняття рішення Страховиком за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Розділом 17 цього інформаційного документу. Протягом вказаного строку Страховик: приймає рішення про організацію медичної допомоги або про виплату протягом терміну зазначеного в Договорі та в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення, Асистуюча компанія Страховика - компанія Madanes Advanced Healthcare Services Ltd організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Програми страхового продукту та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування або приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті протягом терміну зазначеного в Договорі, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення. Рішення Страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є: • Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи/Вигодонабувача), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними 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 дій зазначених осіб, встановлюється відповідно до чинного законодавства України. • Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем), умисного кримінального правопорушення, що призвів до настання страхового випадку. • Подання Страхувальником (Застрахованою особою/Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет / об'єкт Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно, у Декларації).

		• Несвоєчасне повідомлення Страхувальником / Застрахованою особою / Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних на це причин у строки, передбачені Договором страхування або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків. • Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору. У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін. Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування; У разі недопущення Застрахованою особою та її родичами лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати. Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов згідно з Договором) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору; Випадок не є страховим або є виключенням зі страхових випадків відповідно до умов Договору; • за наявності обставин, передбачених ст.104 Закону України "Про страхування" (з урахуванням умов щодо строку дії страхового захисту, передбачених Договором). • в інших випадках передбачених законодавством України. Відмова Страховика здійснити страхову виплату може бути оскаржена Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) у судовому порядку. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, не є страховим випадком та зі страхового покриття виключаються: • Захворювання та/або медичні стани, та відповідно
--	--	---

		витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені в Договорі та не покриваються згідно з умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту; • медичні та інші послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, якщо вони були надані Застрахованій особі після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору; • послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах; • необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту; • психохірургія; • лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки; • лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта; • будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми страхового продукту; • медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках лікування злоякісних новоутворень в рамках обраної Програми страхового продукту та відповідно до умов Договору; • послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом); • послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду; • якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи; • якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку); • якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки;
--	--	--

		• якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку; • будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги: • з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраною Програмою страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування; • послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою страхового продукту за Договором; • методи лікування, ліки, медичні процедури, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювань та/або станів, передбачених умовами Договору; • захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злоякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші); • подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою; • подія яка має ознаки страхового випадку, але настала в результаті професійної діяльності Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами; • подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні; • послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту; • подія, яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору
--	--	--

		страхування, та/або якщо лікування захворювання та/або стану, передбачене відповідною Програмою страхового продукту, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору страхування; • отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами Договору та/або обраної Програми страхового продукту або вибір яких не був узгоджений із Страховиком. • послуги Застрахованій особі, в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що перераховані у Договорі, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком; • діагностика та/або лікування, які надаються після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття: • Пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ (злоякісна пухлина, обмежена епітелієм, де вона виникла, і не проникла в строму або навколишні тканини), включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові; • Злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; • Захворювання шкіри наступних типів: • Гіперкератоз і базально-клітинна карцинома; • Плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; • Ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); • Рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона; • Хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L). Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття випадки: • якщо Застрахована особа наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією/ядерним випромінюванням; • якщо Застрахована особа вживає алкоголь у кількості більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥40 градусів) на тиждень; • якщо Застрахована особа викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку/пластирі, трубковий/скручений тютюн або інші замінники
--	--	---

		нікотину; • якщо Застрахована особа страждає на захворювання, викликані СНІДом та іншими захворюваннями, пов'язаними з вірусом імунодефіциту людини; • якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (виключення становлять: апендектомія, стоматологічні операції, геморої, тонзилектомія, переривання вагітності, операція на венах); • якщо на дату укладання Договору Страхувальнику / Застрахованій особі відомо про будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичних онкологічних висновків щодо Застрахованої особи (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування); • якщо Застрахована особа страждає в даний час та страждала протягом останніх 10 років онкологічними захворюваннями, включаючи передракові пухлини, доброякісні або злоякісні пухлини шкіри (включаючи кісти, виразки або будь-які новоутворення), пухлини щитовидної залози, доброякісні або злоякісні пухлини мозку, полікістоз нирок, карцинома та меланома in situ, рак крові/лейкемія; якщо у Застрахованої особи було діагностовано вірус папіломи людини, вірус Епштейна-Барра; • якщо Застрахована особа страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона; • якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку; • якщо Застрахована особа до дати або на дату укладення Договору проходила обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікувала результатів діагностики.
20		4. Інша інформація
21	Форма договору страхування	Письмова з електронним підписанням, яка складається з публічної частини Договору, якою є Умови, та індивідуальної частини Договору, якою є Поліс медичного страхування за стандартним страховим продуктом «Онкозахист».
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	Вебсайт https://www.pb.ua , Internet Banking Приват24, в тому числі мобільна версія, Mobile Banking https://www.privat24.ua/ та відокремлені підрозділи страхового агента АТ «КБ «ПРИВАТБАНК»
23	Інша інформація про страховий продукт	Страховий продукт не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням Договору страхування за цим страховим

		продуктом відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг Страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за цим Договором страхування.
24	Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	https://arx.com.ua/partners-produkty/privatbank-onkozakhyst https://privatbank.ua/strahovaniye https://www.privat24.ua/ Загальні умови стандартного страхового продукту «ОНКОЗАХИСТ» актуальні на дату укладання договору страхування розміщені за посиланням https://arx.com.ua/publiczna-ta-finansova-informatsiya - ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ