

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	<p>Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».</p> <p>Предметом цього Договору є передача Страхувальником за плату ризику, пов'язаного з об'єктом страхування (п.4.2 Полісу), Страховику на умовах, визначених Договором.</p> <p>Об'єктом страхування за цим Договором є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи, інформація щодо ідентифікації якої зазначена у п.5 Полісу (далі - Застрахована особа) та з яким пов'язані:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страхові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи Вигодонабувача); - страхові ризики, що підлягають страхуванню за цим Договором. <p>Опис послуг, передбачених програмами страхового продукту «ОНКОЗАХИСТ»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Покриття витрат на лікування раку (злоякісного новоутворення): <ul style="list-style-type: none"> ○ імплантація, необхідна в цілях реконструктивного лікування наслідків злоякісних новоутворень, включаючи вартість імплантантів на суму не більше еквіваленту 600 000 (шістсот тисяч) гривень на рік на один страховий випадок • Покриття витрат на трансплантацію кісткового мозку: <ul style="list-style-type: none"> ○ Пошук відповідного донора для трансплантації, збереження клітин кісткового мозку до місця трансплантації – в межах ліміту 1 000 000,00 (один мільйон) грн ○ Витрати на проїзд та повернення до місця проведення трансплантації кісткового мозку – до максимальної вартості

		<p>авіаквитка в економ-класі в обидва кінці для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб, в межах ліміту 200 000 (двісті тисяч) грн</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Витрати на спеціальне медичне повітряне транспортування та розумні витрати на наземний транспорт від аеропорту до лікарні, якщо Застрахована особа, на думку лікаря Страховика, за медичними показаннями непридатна для польоту регулярним комерційним рейсом, в межах ліміту 1 000 000 (один мільйон) грн. ○ Витрати на проживання в готелі 3-4 зірки необхідні з єдиною метою – трансплантації клітин кісткового мозку для Застрахованої особи для неповнолітньої Застрахованої особи та 2 супроводжуючих осіб в межах ліміту 2 200 000 (два мільйони двісті тисяч) грн ● Витрати на репатріацію: ○ Витрати на репатріацію тіла Застрахованої особи, в разі її смерті під час лікування за межами України протягом дії Договору, що включають вартість транспортування тіла до аеропорту, найближчого до місця постійного проживання Застрахованої особи в межах ліміту– 200 000 (двісті тисяч) гривень. ● Додаткові витрати при лікуванні за кордоном <p>Повний опис опцій зазначено в Договорі страхування.</p>
8	<p>Страхові ризики та обмеження страхування</p>	<p>Страховим випадком за Договором є документально підтверджена необхідність організації медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, Застрахованій особі протягом строку дії Договору з урахуванням періоду очікування (п. 9.4. Полісу) з приводу настання страхового ризику (п. 6.1. Полісу) та необхідності в організації та оплаті вартості медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, внаслідок чого у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату шляхом оплатити витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку в обсязі, передбаченому Договором та обраною Програмою страхового продукту, або шляхом здійснення фіксованої грошової виплати відповідно до Договору та обраної Програми страхового продукту.</p> <p>Страхові ризики за програмою «Онкозахист»:</p> <p>Страховим ризиком за Договором є критичне захворювання Застрахованої особи, на яке вона захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору, з урахуванням періоду очікування (п.9.4. Полісу), а саме захворювання на рак (злоякісне новоутворення) згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (далі МКХ-10, а з 01.01.2027 – МКХ-11) (будь-яке злоякісне новоутворення, яке характеризується атипичним ростом клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу та яке не є винятком зі страхових випадків), що підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або, в разі системних ракових захворювань, – цитологічними дослідженнями відповідно до протоколів лікування.</p> <p>Якщо Застрахованою особою є особа віком від 1 до 18 років</p>

(включно), то страхове покриття для лікування **лімфоми** (злюкисного захворювання лімфатичної системи) **або лейкемії** (злюкисного захворювання клітин крові) включає витрати на застосування **трансплантації кісткового мозку** на умовах, з урахуванням лімітів, та у випадках визначених Договором та Програмою страхового продукту

Обмеження страхування:

Не може бути Застрахованою особа, яка:

1. визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною;
2. молодше 1 року на дату укладання Договору страхування;
3. віком 70 років та більше на дату укладення Договору страхування /продовження дії Договору на наступний рік, з урахуванням п.9.3.3 Умов;
4. наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;
5. вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) в тиждень;
6. викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замінники нікотину;
7. піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах);
8. страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років:
 - онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злюкисним новоутвореннями шкіри, доброякісними або злюкисними новоутвореннями щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злюкисним новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланомою in situ, раком крові/лейкемію;
 - передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакію, аденомою передміхурової залози з високим ризиком малігнізації, атрофічним гастритом та/або виразкою шлунку, асоційованими з *Helicobacter pylori*, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія);
 - проходила обстеження та діагностику, за результатами яких у неї було діагностовано вірус папіломи людини високоонкогенного ризику (тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68), вірус Епштейна-Барра;
 - страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хвороба Крона;
 - піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку;
 - хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);
 - перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах,

		<p>центрах профілактики та боротьби зі СНІД;</p> <ul style="list-style-type: none"> • є онкологічно хворою; • має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест PAP або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування); • на дату укладання Договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних в п. 6.3.1.4. – 6.3.1.15 Полісу, або очікує результати діагностики. <p>9. За наявності/виникнення на момент укладання/під час дії Договору вказаних обставин стосовно Застрахованих осіб застосовується п.12.7. Умов.</p> <p>10. Повний перелік винятків із страхових випадків та обмежень страхування зазначено в Розділі 12 Умов.</p>
9	Територія та строк дії договору страхування	<p>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).</p> <p>Лікування за межами території України:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>* - Лікування неможливо провести в Україні, в разі виконання всіх наступних умов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць – залежно від кількості періодів страхування, зазначених у п.8.3 Полісу.</p>
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Програма «Стандарт»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-18 років (включно) – 10 000 000,00 грн., в т.ч.: • ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку (далі - ТКМ) при лікуванні лімфоми (злоякісного захворювання лімфатичної системи) або лейкемії (злоякісного захворювання клітин крові) – 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. <p>Програма «Еліт»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1-18 років (включно) – 12 000 000,00 грн.

		<ul style="list-style-type: none"> • 19-69 років (включно) – 12 000 000,00 грн. <p>Страхова сума за Договором є зменшеною (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 страхування 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.</p>																				
11	Франшиза	<p>Франшиза не застосовується.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																				
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Вік Застрахованої особи*</th> <th colspan="2">Річний страховий тариф за Програмою, %</th> </tr> <tr> <th>«Стандарт»</th> <th>«Еліт»</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>від 1 до 18 повних років (включно)</td> <td>0,01068%</td> <td>0,0189%</td> </tr> <tr> <td>від 19 до 30 повних років (включно)</td> <td>0,06%</td> <td>0,021%</td> </tr> <tr> <td>від 31 до 40 повних років (включно)</td> <td>0,09%</td> <td>0,03%</td> </tr> <tr> <td>від 41 до 50 повних років (включно)</td> <td>0,18%</td> <td>0,06%</td> </tr> <tr> <td>від 51 до 60 повних років (включно)</td> <td>0,45%</td> <td>0,15%</td> </tr> </tbody> </table>	Вік Застрахованої особи*	Річний страховий тариф за Програмою, %		«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%
Вік Застрахованої особи*	Річний страховий тариф за Програмою, %																					
	«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%	* Вік
		Застрахованої особи визначається як кількість повних років життя на момент укладання / річної лонгації Договору страхування.			
			Страховий платіж за Програмою, грн		
			«Стандарт»		«Еліт»
		Вік Застрахованої особи	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць
		від 1 до 18 повних років (включно)	89 грн	1 068 грн	189 грн
		від 19 до 30 повних років (включно)	100 грн	1 200 грн	210 грн
		від 31 до 40 повних років (включно)	150 грн	1 800 грн	300 грн
		від 41 до 50 повних років (включно)	300 грн	3 600 грн	600 грн
		від 51 до 60 повних років (включно)	750 грн	9 000 грн	1 500 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	Порядок сплати загального страхового платежу за Договором (п.8.2. Полісу) залежить від кількості періодів страхування за Договором (п.8.3. Полісу). Страховий платіж за кожен період страхування згідно з п.8.4 Полісу сплачується з періодичністю згідно з п.8.5. Полісу у безготівковій формі до настання дати початку дії відповідного періоду дії Договору.			
14	Обов'язки сторін	<p>Страховик зобов'язаний: Ознайомити Страхувальника 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 Застраховану особу (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) про відмову у страховій виплаті у строки та в порядку, що передбачені п. 11.13.3. Умов. З урахуванням вимог чинного законодавства забезпечувати зберігання та захист інформації, яка становить таємницю страхування, з метою недопущення її незаконного розкриття.</p>			

Страхувальник 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 повну, достовірну, об'єктивну інформацію про наявність страхового інтересу щодо Застрахованих осіб, про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (п. 15.1.2. Умов), і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Укладення Страхувальником Договору страхування відносно осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до пункту 12.5. Умов, вважається порушенням Страхувальником вказаного обов'язку.

Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо об'єкта 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 та про право Застрахованої особи протягом 30 календарних днів повідомити Страховика про наявність заперечень проти укладення Договору (у випадку наявності заперечень, Застрахована особа має повідомити їх Страхувальнику, який зобов'язаний ініціювати припинення дії Договору у відношенні такої Застрахованої особи), 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.

При настанні події, що має ознаки страхового випадку, надати Страховику документи, зазначені у Розділі 11 Умов.

Протягом 5 (п'яти) років з дати отримання страхової виплати зберігати оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

Протягом 3 (трьох) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідного запиту надіслати на вказану адресу оригінали документів, що подавались для здійснення страхового відшкодування.

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 (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення.

У випадку, передбаченому пп. 8.2., 8.3. Умов, Страхувальник

повинен самостійно перевіряти підстави зміни тарифу, та змінити (збільшити) страховий тариф шляхом укладення нового договору страхування відповідно до п. 8.3. Умов на WEB-сторінці Страхового агента за адресою <https://www.pb.ua> або у персональному кабінеті за адресою: <https://www.privat24.ua/> або в ІТС.

Надати Страховику / Асистуючій компанії / їх представникам / медичному закладу або лікарю, до якого Страховик / Асистуюча компанія направили Застраховану особу згоду на розголос лікарської таємниці, доступ до всіх своїх записів в ЕСОЗ, в медичних установах, в тому числі і приватних;

Пройти обстеження (діагностику) у строки та у лікаря, призначеного Страховиком/представником Страховика;

Ознайомити Застраховану особу з умовами Договору страхування, укладеного на її користь.

Застрахована особа зобов'язана:

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.

Також Застрахована особа зобов'язана (якщо Застрахована особа не є Страхувальником або неповнолітньою / малолітньою дитиною або підопічною особою Страхувальника):

Повідомити Страховика протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору, якщо виявиться, що твердження Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи, підписаної Страхувальником, не відповідають дійсності (є хибними) щодо її стану здоров'я.

Надати Страховику / Асистуючій компанії / їх представникам / медичному закладу або лікарю, до якого Страховик / Асистуюча компанія направили Застраховану особу згоду на розголос лікарської таємниці, доступ до всіх своїх записів в ЕСОЗ, в медичних установах, в тому числі і приватних.

Сторони Договору набувають інших прав, обов'язків та відповідальності, що прямо слідує з умов Договору.

Кожна Сторона Договору зобов'язана повідомити іншу Сторону протягом 5 (п'яти) робочих днів про зміну своїх реквізитів (в тому числі зміну номеру мобільного зв'язку Страхувальника, про що Страхувальник повідомляє Страховика протягом визначеного цим пунктом строку).

За невиконання або неналежне виконання умов Договору сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені у розмірі 0,01% від суми невчасно здійсненої страхової виплати за кожний календарний день прострочення, але не більше 10% від розміру заборгованості.

Сторони погодили, що у разі виникнення за Договором судового спору щодо відмови у страховій виплаті та/або визнання події страховим випадком та/або щодо розміру страхової виплати та/або щодо строків прийняття рішення Страховиком за заявленою подією (у випадку, коли позов подано до суду до прийняття Страховиком рішення за заявленою подією) на період з дати надходження позовної заяви до суду до вступу судового рішення в законну силу не нараховується пеня та інші санкції за неналежне виконання зобов'язань, передбачених чинним законодавством України

	<p>(інфляційні нарахування, штрафи, 3% річних та інші). Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором при настанні форс-мажорних обставин на термін дії таких обставин - ядерного вибуху, впливу іонізуючого випромінювання та радіоактивного забруднення, громадянської війни, актів узурпації влади, масових громадських заворушень, страйків, заколотів, актів тероризму тощо. Сторона, для якої настали ці обставини, не буде нести відповідальність за повне або часткове невиконання такого зобов'язання. При цьому строк виконання таких зобов'язань відкладається на час дії таких обставин</p>
<p>15 Підстави та порядок припинення дії договору страхування</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Полісом, 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, визначений 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 укладанням і виконанням цього Договору (п.17.5. Умов), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим 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 та Договором. <p>Припинення дії Договору за вимогою однієї зі Сторін Договору (Страховика або Страхувальника). Про намір достроково припинити дію Договору ініціююча Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору. При цьому:</p>

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 (п.12.6. Полісу), 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 за поточний річний період дії Договору;

- У разі, якщо вимога про припинення дії Договору ініційована Страховиком, то Договір достроково припиняється в порядку, визначеному цим 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 за поточний річний період дії Договору.

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 (п.12.6. Полісу), та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором.

Розмір (частка) витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням Договору, визначається Страховиком при укладенні такого Договору за згодою Страхувальника в межах максимальної частки витрат та зазначається в п. 12.6 Полісу. Максимальна частка витрат Страховика, пов'язаних безпосередньо з укладанням і виконанням умов договорів страхування зазначена в п. 17.5 Умов.

У разі дострокового припинення дії Договору, відмови від Договору не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі сплачувалися в безготівковій формі.

Повернення сплаченого страхового платежу або його частини у зв'язку з достроковим припиненням дії Договору у випадках, передбачених цим Розділом, 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 залишилися не врегульовані 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.

Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня укладення Договору (крім випадків, передбачених законодавством, зокрема: якщо строк дії Договору становить менше 30 календарних днів; якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за Договором) та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі шляхом подання Страховику відповідної заяви у письмовій (електронній) формі. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору Страховик повинен повернути Страхувальнику страховий платіж повністю протягом 10 (десяти) банківських днів з

		<p>дня подання заяви Страхувальником про відмову від Договору, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку. У разі відмови Страхувальника від укладеного Договору страхування Договір вважається неукладеним, а Сторони Договору страхування повинні повернути одна одній все отримане за Договором і у Сторін не виникають обов'язки, передбачені Договором.</p> <p>Договір вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.</p> <p>Відповідно до Закону України «Про страхування» Договір визнається недійсним також у разі, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Його укладено після настання події, що має ознаки страхового випадку; • Відсутній об'єкт страхування; • Страховиком доведено, що Договір укладено з метою отримання неправомірної вигоди та/або вчинення шахрайських дій; • У Страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) відсутній страховий інтерес. <p>Договір визнається недійсним у судовому порядку</p>
16		3. Здійснення страхових виплат
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>У випадку встановлення попередньо діагнозу, визначеного п.6.1. Умов, Застрахована особа/її представник 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) або 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 (Полісу) та іншу інформацію на запит 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 Застрахована особа/її представник не мали фізичної або технічної можливості своєчасно зробити це повідомлення.</p> <p>Представник Страховика перевіряє чинність Договору щодо Застрахованої особи, надає медичні консультації, здійснює координацію з Асистуючою компанією Страховика щодо подальших дій Застрахованої особи.</p> <p>Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, Застрахована особа або її законний представник зобов'язані надати Страховику усі необхідні документи відповідно до п.11.4. Умов. У разі неможливості надання деяких документів протягом зазначеного строку, термін подання таких документів може бути продовжений Страховиком за заявою Застрахованої особи або особи, яка відповідно до Договору має право на отримання страхової виплати. Опис послуг, що підлягають організації Асистуючою компанією при настанні страхового випадку за обраною для Застрахованої особи Програмою страхового продукту наведено в Додатку 1 до Умов.</p>
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру	Строк прийняття рішення Страховиком про виплату або відмову в виплаті за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором.

страхових виплат

Протягом вказаного строку:

Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим та, відповідно, про страхову виплату або організацію медичної допомоги або про виплату протягом терміну зазначеного в п.11.5. Полісу та в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення, Асистуюча компанія організовує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Програми страхового продукту та Умовами, та повідомляє Застрахованій особі/її представнику про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування або:

Протягом 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про виплату Асистуюча компанія надає Застрахованій особі/її представнику список рекомендованих лікарень в Україні чи за кордоном, відповідно до території надання послуг, передбаченої обраною Програмою страхового продукту відповідно до Договору;

Після отримання підтвердження від Застрахованої особи/її представника щодо обраної нею лікарні, Асистуюча компанія здійснює організацію необхідних логістичних та медичних заходів для належного транспортування Застрахованої особи та Супроводжуючої особи, в тому числі донора (для страхового покриття з трансплантації кісткового мозку) в обрану лікарню; після чого надає всю необхідну інформацію щодо трансферу, бронювання готелю, контактні дані координатора, що буде супроводжувати в країні діагностування/лікування, графік медичних процедур та іншу важливу інформацію.

Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком не безпосередньо Застрахованій особі/її представнику, а понесені витрати, передбачені умовами Договору, покриваються шляхом перерахування коштів Асистуючою компанією/представником Страховика (при проведенні діагностики/лікування Застрахованій особі за кордоном), яка фактично оплатила витрати на лікування і додаткові витрати, пов'язані з лікуванням, за послуги надані Застрахованій особі безпосередньо спеціалізованій установі, не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дня отримання рахунків чи інших платіжно-розрахункових документів, що підтверджують фактично понесені витрати або інших документів про авансові платежі.

Страховик приймає рішення про визнання випадку страховим та, відповідно, про страхову виплату Застрахованій особі/її законному представнику у випадку здійснення фіксованої виплати відповідно до умов Програми страхового продукту "Стандарт".

Страховик приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє з обґрунтуванням підстави відмови Застраховану особу (іншу особу, яка відповідно до Договору або законодавства має право на отримання страхової виплати) 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.

Порядок розгляду звернень споживачів та скарг на якість страхових послуг Страховиком: звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше 1 (одного) місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, - не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів від дня їх отримання. Якщо в місячний термін

	<p>вирішити порушені у зверненні питання неможливо, уповноважена особа Страховика встановлює необхідний термін для його розгляду, що не може перевищувати 45 (сорока п'яти) днів. Звернення може бути усним за допомогою засобів телефонного зв'язку через контактний центр Страховика за телефоном 0 800 30 272 3 (цілодобово) чи письмовим на електронну пошту: unit-settlem-losses-ukr@arx.com.ua або засобами поштового зв'язку на адресу: 04070, Україна, м. Київ, вул. Іллінська, 8. Скарга на дії чи рішення Страховика подається у порядку підлеглості Національному банку України (на електронну пошту nbu@bank.gov.ua, використовуючи спеціальну форму https://bank.gov.ua/ua/consumer-protection; або на адресу: 01601, м. Київ, вул. Інститутська, 9, тел: 0 800 505 240), а у разі незгоди споживача з прийнятим за скаргою рішенням - безпосередньо до суду. Інші умови порядку вирішення спорів визначені Розділом 14 Умов.</p>
<p>19</p> <p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику 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 або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування або законодавством. • Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені цими Умовами; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам цих Умов. • 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/її представником та її родичами лікарів - представників Асистуючої компанії 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 на підставі п.12.1.4 Умов.
- Настання страхового випадку до укладення Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов згідно з п.9.2.3. Умов) 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 Розділом 9 цих Умов).
- Наявність інших підстав, встановлених законодавством.

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 п.6 Умов та не покриваються згідно з Умовами 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;
- медичні послуги, 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 Таблиці 2 Додатку 1 до Умов, але надання яких не було попередньо погоджено зі Страховиком;
- діагностики та/або лікування, які надаються Застрахованій особі 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 може бути Застрахованою особою, яка:

- визнана у встановленому законодавством України порядку недієздатною;
- молодша 1 року на дату укладення Договору страхування;
- особа, що досягла 70 років та більше станом на дату укладення Договору страхування /продовження дії Договору на наступний рік, з урахуванням умов п 9.3.3. Умов;
- наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з

		<p>канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією, ядерним випромінюванням;</p> <ul style="list-style-type: none"> • вживає алкоголь більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) в тиждень; • викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, ніотинову жувальну гумку / пластирі, трубковий / скручений тютюн або інші замітники нікотину. • піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації (стаціонарному лікуванню) протягом останніх 12 місяців (крім апендектомії, стоматологічних операцій, хірургічного лікування геморою, тонзилектомії, переривання вагітності, операції на венах); • страждає в даний час / страждала та/або було діагностовано протягом останніх 10 років: <ul style="list-style-type: none"> ○ онкологічні захворювання, в тому числі, але не обмежуючись злоякісним новоутвореннями шкіри, доброякісними або злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози (в тому числі вузли), доброякісними або злоякісними новоутвореннями мозку, полікістозом нирок, карциномою та меланою <i>in situ</i>, раком крові/лейкемію; ○ передракові стани, включаючи, але не обмежуючись дисплазією шийки матки (CIN I–III), стравоходом Барретта, поліпами товстої або прямої кишки, хворобою Боуена, лейкоплакію, аденомою передміхурової залози з високим ризиком малігнізації, атрофічним гастритом та/або виразкою шлунку, асоційованими з <i>Helicobacter pylori</i>, фіброзно-кістозною хворобою молочної залози з проліферативними змінами або атипією (мастопатія); • проходила обстеження та діагностику, за результатами яких у неї було діагностовано вірус папіломи людини високоонкогенного ризику (тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 и 68), вірус Епштейна-Барра; • страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хворобу Крона; • піддавалася хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку; • хворіє на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); • перебуває на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; • є онкологічно хворою; • має будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичні онкологічні висновки (аномальний тест РАР або CIN тощо), які вимагають подальшого обстеження (або лікування); • до дати або на дату укладання договору проходить обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з захворювань або станів, вказаних в п. 12.5.4 – 12.5.15 Умов, або очікує результати діагностики. • для якої неможливо підтвердити інформацію, зазначену в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи до Поліса.
--	--	--

		<p>Договір страхування не може бути укладений з:</p> <ul style="list-style-type: none"> • юридичною особою; • фізичною особою, що не є власником карткового рахунку або іншого рахунку, відкритого в АТ КБ «ПРИВАТБАНК».
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	<p>https://arx.com.ua/partners-produkty/privatbank-onkozakhyst https://privatbank.ua/strahovaniye https://www.privat24.ua/</p> <p>Загальні умови стандартного страхового продукту «ОНКОЗАХИСТ» актуальні на дату укладання договору страхування розміщені за посиланням https://arx.com.ua/publicna-ta-finansova-informatsiya - ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХОВИХ ПРОДУКТІВ</p>