

Інформаційний документ

про стандартний страховий продукт «СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я»

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.

Таблиця

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про страховика	
2	Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «АРКС Лайф» код ЄДРПОУ 35692536
3	Номер і дата витягу з Реєстру	Страхування здійснюється на підставі ліцензії, яка внесена НБУ до Державного реєстру фінансових установ 11.10.2024 року (номер витягу 27-0024/77654 від 14.10.2024 р.)
4	Місцезнаходження страховика	місцезнаходження 04070, м. Київ, вул. Іллінська, буд. 8
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	веб-сайт https://arx.com.ua/life
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Страхування здійснюється за класом страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)».
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страхові ризики: • Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби; Подія визнається Страховиком страховим випадком “Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби” за умови, якщо хвороба/би напустила або загострилась впродовж строку дії цього Договору та після завершення періоду очікування страхового випадку, та між хворобою і смертю

		Страховальника встановлено і документально підтверджено прямий причинний зв'язок. • Настання Захворювання Застрахованої особи відповідно Таблиці «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними». • Перенесене Застрахованою особою хірургічне втручання відповідно Таблиці «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними». Випадок перенесеного Застрахованою особою хірургічного втручання визнається Страховим за умови визнання захворювання, за яким проводилось хірургічне втручання, страховим випадком. При цьому випадок визнається страховим за умови, при якій хірургічне втручання було проведено в період 14 (чотирнадцять) днів від дати встановлення діагнозу захворювання, що послугувало причиною хірургічного втручання. Вказані випадки є страховими в випадку, якщо захворювання було діагностоване вперше під час дії Договору, виникло після завершення періоду очікування, та не є виключенням та/або обмеженням страхування. Факт настання страхового випадку підтверджується документами компетентних органів у встановленому чинним законодавством порядку Обмеження страхування: Не можуть бути застрахованими особи: • віком до 1 року або старше 70 років, або які досягли впродовж дії Договору віку 70 років; • які визнані в установленому порядку недієздатними; • які страждають важкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку і хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребта і спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний); • психічно хворі (знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних диспансерах); • які є ВІЛ-інфіковані.
9	Територія та строк дії договору страхування	Територія дії Договору - територія України. Дія Договору не поширюється на тимчасово окуповані території; території України, на яких органи державної влади України

		тимчасово не здійснюють свої повноваження; території, що розташовані на лінії розмежування; території активних бойових дій, на яких ведуться воєнні (бойові) дії на дату настання події, що має ознаки страхового випадку. Період страхування – 1 (один) рік або 1 (один) місяць з можливістю продовження дії договору. Застосовується період очікування, який встановлюється відповідно до кожного з захворювань власної тривалості.				
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	1. 50 000 грн. 2. 75 000 грн. 3. 100 000 грн. Виплати здійснюються в межах 100% страхової суми.				
11	Франшиза	Не застосовується				
12	Розмір страхової премії / страхового тарифу	Встановлюється в залежності від віку Застрахованої особи				
Вік Застрахованої особи		Річний страховий тариф по Продукту страхування, %				
від 1 до 30 років включно		1,32%				
від 31 до 40 років включно		1,98%				
від 41 до 50 років включно		2,64%				
від 51 до 60 років включно		4,14%				
від 61 до 69 років включно		6,0%				
Вік Застрахован ої особи		Страховий платіж по Продукту страхування, грн				
		при страховій сумі 50 000 грн		при страховій сумі 75 000 грн		при страховій сумі 100 000 грн
		за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць	за період 1 рік	за період 1 місяць
від 1 до 30 років включно		55	660	82,50	990	110
від 31 до 40 років включно		82,50	990	123,75	1485	165
						1320
						1980

від 41 до 50 років включно	110	1320	165	1980	220	2640
від 51 до 60 років включно	172,50	2070	258,75	3105	345	4140
від 61 до 69 років включно	250	3000	375	4500	500	6000
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Відомості для сплати страхового платежу: IBAN UA833052990000026500046200464 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК», ЄДРПОУ 35692536. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту надходження безготівкових коштів або внесення готівкових коштів на вищезазначений рахунок Страховика. Страховий платіж сплачується до початку дії Договору та до початку кожного наступного періоду страхування.				
14	Обов'язки сторін	Страховик зобов'язаний: • Ознайомити Страхувальника з умовами страхування в порядку та спосіб, передбачений чинним законодавством. • Протягом двох 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 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. Страхувальник зобов'язаний: • Своєчасно вносити страхові платежі, 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 об'єкта страхування, 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 Застрахованих осіб, які не можуть бути застрахованими відповідно до умов договору, 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. • У випадках, передбачених умовами цієї Пропозиції, – надати Страховику документи, що підтверджують настання страхового випадку • 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. • 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. • Надати Страховику всю необхідну інформацію про випадок, можливість проводити розслідування страхового випадку.
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 чергового страхового платежу за укладеним Договором протягом 6 (шести) місяців поспіль; - 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 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 ініціююча 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 Страхувальнику суму, яка дорівнює Незаробленій частині Страхової Премії (якщо
--	--	--

		така є) за вирахуванням частки витрат – 60%, пов’язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору Страхування, та фактичних Страхових Виплат, що були здійснені за Договором Страхування. Незароблена частина Страхової Премії - це частина Страхової Премії за період, який починається з моменту припинення дії Страхового Продукту та закінчується датою настання терміну сплати чергової Страхової Премії або датою закінчення дії Договору Страхування. 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 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. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає суму до повернення, визначену в попередніх двох абзацах.
16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	Дії страхувальника у разі настання події, що має ознаки страхового випадку: • протягом 2-х (двох) робочих днів з моменту отримання медичного документа (закінчення лікування) заявити про випадок через ІТС «Приват 24» або телефоном 3700 (а у разі недоступності зазначених каналів зв’язку – за контактними даними Страховика). • не пізніше 30 (тридцяти) днів з дня встановлення діагнозу хвороби або закінчення лікування Застрахованої особи, Страхувальник /, Застрахована особа зобов’язана заявити про випадок та надати документи, які підтверджують факт настання страхового випадку та передбачені п.11.2 Пропозиції через ІТС «Приват 24» або за телефоном 3700 (а у разі недоступності зазначених каналів зв’язку – за контактними даними Страховика); • не пізніше 6 (шести) місяців з дати смерті Застрахованої особи, спадкоємець Застрахованої особи зобов’язаний заявити про випадок телефоном 3700 (а у разі недоступності зазначеного каналу зв’язку – за

		контактними даними Страховика) та не пізніше 12 (дванадцяти) місяців надати Страховику документи, які підтверджують факт настання страхового випадку. Перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди (збитку): • заява про страхову виплату, у якій повинні бути зазначені обставини та причини настання страхового випадку разом з документом, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння РНОКПП. Сторони погоджуються, що заявою про страхову виплату, прирівняною до письмової форми, є заява Страхувальника, сформована в ІТС Страхового агента «Приват 24» До заяви обов'язково додаються такі документи: В випадку настання Смерті Застрахованої особи до заяви обов'язково додаються такі документи: • акцепт (надається якщо Договір укладено в письмовій формі на папері); • документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного податкового номера; • свідоцтво РАГСу про смерть Застрахованої особи – копія; • копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті; • виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, яка повинна містити в собі: ПІБ пацієнта, точний діагноз, дату звернення за медичною допомогою, тривалість лікування; підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу; • для спадкоємців – свідоцтво про право на спадщину, видане нотаріальною конторою; В випадку настання Захворювання Застрахованої особи та перенесення Застрахованою особою хірургічного втручання до заяви обов'язково додаються такі документи:
--	--	---

		• Лист тимчасової непрацездатності (якщо такий видавався); • виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (форма 027/о) або виписку із медичної карти стаціонарного хворого на злоякісне новоутворення (форма 027-1/о) Застрахованої особи з обов'язковим зазначенням дати первинного встановлення діагнозу на захворювання, яка повинна містити в собі: ПІБ пацієнта, точний діагноз, дату звернення за медичною допомогою, тривалість лікування; підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу. • копію направлення на госпіталізацію, на підставі якого було проведено стаціонарне лікування (надається в разі окремого запиту від Страховика). У випадку настання Захворювання Застрахованої особи Страховик може вимагати від Застрахованої особи інші документи про обставини і причини страхового випадку, а саме документи, які мають бути оформлені у відповідності до алгоритму надання первинної або вторинної медичної допомоги в Україні. Це можуть бути паперові або електронні документи, оформлені сімейним лікарем або в закладах охорони здоров'я в системі ЕСОЗ (електронна система охорони здоров'я) та/або в системі МІС (медична інформаційна система). До таких документів можуть відноситись, в залежності від алгоритму надання допомоги, наступні медичні документи: • Направлення (в тому числі електронне від сімейного лікаря, лікаря вторинної ланки медичної допомоги, лікаря приймального відділення, бригади швидкої медичної допомоги) на послугу госпіталізація; • Результати лабораторних та інструментальних досліджень на початку лікування та при виписці, які необхідні для діагностики та контролю якості лікування; • Призначення для продовження лікування, розпочатого в стаціонарі, якщо такі оформлювались та видавались. До розгляду можуть бути прийняті копії документів, в тому числі в електронному вигляді.
18	Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат	Порядок розрахунку розміру страхової виплати: Страхова виплата здійснюється Страховиком в межах страхової суми, яка визначена для кожного випадку.

		• У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата дорівнює 100% страхової суми за вказаним випадком. У разі смерті Застрахованої особи в період дії Договору, страхова виплата здійснюється з урахуванням здійснених раніше страхових виплат за випадками захворювань Застрахованої особи, але не вище страхової суми, встановленої Договором. • У разі настання захворювання Застрахованої особи розмір страхової виплати визначається згідно з «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними» (надалі Таблиця) з урахуванням періоду очікування, що наведений в відповідному розділі Таблиці. Після здійснення страхової виплати страхова сума за Договором зменшується на суму виплати. • У разі перенесення Застрахованою особою хірургічних втручань розмір страхової виплати визначається згідно з Таблицею «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними», з урахуванням періоду очікування, що наведений в відповідному розділі Таблиці. Після здійснення страхової виплати страхова сума за Договором зменшується на суму виплати. Умови здійснення страхової виплати: • У разі визнання події, що відбулася, страховим випадком – страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі Заяви на страхову виплату, та документів, що підтверджують настання страхового випадку. Строк прийняття рішення за випадком становить 5 (п'ять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з цим Договором. Протягом вказаного строку Страховик: • приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або • приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення. Страховик має право відстрочити прийняття рішення за подією та здійснення страхової виплати у випадках: • якщо за фактами, які послужили причиною настання випадку, порушено кримінальне провадження або почато
--	--	---

		судовий процес, винесення рішення - до закінчення досудового слідства або судового розгляду; • якщо для встановлення причин випадку необхідно зробити запити до медичних закладів, інших підприємств, установ чи організацій, державних органів – до моменту отримання відповідей на запити. Строк здійснення страхової виплати становить 5 (п'ять) робочих днів з дати складення страхового акту. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (спадкоємцям Застрахованої особи). Якщо Застрахована особа є неповнолітньою (малолітньою) страхова виплата здійснюється її батькам або особі, яка визнана опікуном згідно чинного законодавства України.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є: • Дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, 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 Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, пов'язаних 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, встановлюється відповідно до чинного законодавства України. • Вчинення Страхувальником або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку. • Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку (в тому числі, але не виключно, у Декларації). • Несвоечасне повідомлення Страхувальником або Застрахованою особою 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 цією Пропозицією; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам. • Настання страхового випадку до укладання Договору або в неоплачений період 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); • Повторне звернення Застрахованою особою на протязі року за страховою виплатою за захворюванням, за яким Страховиком в цей же період було здійснено страхову виплату. Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття: • вчинення дій Застрахованою особою в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, що призвели до захворювання або смерті або отруєння Застрахованої особи алкоголем або його сурогатами (спиртами, технічними рідинами, які містять у своєму складі спирти, розчинниками, кислотами тощо), наркотичними або токсичними речовинами, медичними препаратами, що були прийняті з метою сп'яніння; • самогубства Застрахованої особи або спроби вчинення самогубства, самопошкодження; • ядерного вибуху, радіації або радіоактивного зараження та опромінення Застрахованої особи; • самолікування; • подій, що сталися поза межами території дії Договору. З покриття за випадками хірургічних втручань виключаються: • всі пункції порожнин тіла (грудної, черевної порожнини, спинномозкові та потиличні черепні пункції, пункції порожнин кіст, абсцесів без їх подальшого хірургічного видалення, діагностичні пункції та пункції для отримання матеріалу для біопсії); • внутрішньосудинні втручання (стентування, лазерна реканалізація і подібні втручання);
--	--	---

		• ендоскопічні втручання (окрім лапароскопічних та торакокопічних операцій), а також накладання трахеостоми; • накладання швів та видалення доброякісних утворень шкіри, слизової оболонки ротової порожнини; • хірургічні втручання з приводу видалення сторонніх тіл, каміння з сечових шляхів, жовчних шляхів (ендоскопічні, за допомогою зондування); • повторні оперативні втручання з приводу одного і того самого захворювання протягом дії договору; • всі хірургічні втручання, що мали місце в період дії договору за хворобами, які було діагностовано до початку дії договору, окрім випадків продовження дії Договору; • всі хірургічні втручання, що мали місце після закінчення дії договору за хворобами, які були діагностовані в період дії Договору; • всі хірургічні втручання, що проводились без медично-обґрунтованих показань або поза стаціонарного лікування (включно з амбулаторним лікуванням або лікуванням в умовах денного стаціонару); • Всі хірургічні втручання, що проведені особами, які не мають відповідної медичної кваліфікації або лікарями, що не мають відповідної лікарської спеціалізації, або хірургічні втручання проведені у медичних закладах, що не мають відповідної спеціалізації; • всі хірургічні втручання, які мали місце після закінчення періоду 14 (чотирнадцять) днів від дати встановлення діагнозу захворювання, з приводу якого такі втручання проводились. • в разі наявності причинно-наслідкового зв'язку між двома захворюваннями, що виникли в період дії Договору, страхова виплата здійснюється за тим з них, яке передбачає більший розмір виплати.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір складається з Загальних умов страхового продукту (ЗУСП), що є публічною частиною Договору, з Додатком № 1, та Полісу, який є Індивідуальною частиною договору
22	Канал(и) реалізації страхового продукту	СТРАХОВИЙ АГЕНТ: АТ КБ «ПРИВАТБАНК», місцезнаходження: вул. Грушевського, 1д, м. Київ 01001, Україна, код ЄДРПОУ 14360570 Контактні дані: 3700; веб-сайт: https://www.privatbank.ua/
23	Інша інформація про страховий продукт	Нижче наводиться «Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними»* Страховий продукт розповсюджується з використанням електронної платформи Приват 24.

		Застрахована особа - фізична особа-резидент, про страхування якої укладено даний Договір, та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування. Застрахованою особою може бути Страхувальник у разі укладання Договору на свою користь або інша фізична особа за призначенням Страхувальника.
24	Посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «Страхування здоров'я» РВ0014 Розміщені на веб-сторінці https://arx.com.ua/partners-produkty/privatbank-strahuvannya-zdorovya

*«Перелік захворювань та хірургічних втручань і розмір виплат за ними»

№	Захворювання	Розмір виплати (%) Настання захворювання	Розмір виплати % невідкладне (ургентне) хірургічне втручання	Період очікування страхового випадку
I. Хвороби системи кровообігу:				
1	Гострий інфаркт міокарду	50	+15% тільки за умови аорто-коронарного шунтування, всі інші втручання виключено)	7 днів
2	Повторний інфаркт міокарду	25	+15%	30 днів
3	Гострий перикардит	40	+15%	30 днів
4	Гострий та підгострий ендокардит	15	+15%	30 днів
5	Гострий міокардит	30	Не передбачено	30 днів
6	Кардіоміопатія з порушеннями центральної гемодинаміки (значення фракції викиду 45% та нижче)	10	+20	90 днів
7	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
8	Тромбофлебіт	8	+10%	90 днів
9	Посттромбофлебічний синдром (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
10	Флеботромбоз	15	+10%	90 днів
11	Облітеруючий тромбангіїт (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
12	Облітеруючий артеріосклероз або ендартеріїт кінцівок (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
13	Геморагічний інсульт	50	+25%	7 днів
14	Ішемічний інсульт (інфаркт мозгу)	40	Не передбачено	7 днів
15	Ревматична хвороба серця	8	+20%	90 днів

16	Гостра серцево-легенева недостатність	25	Не передбачено	7 днів
17	Емболія та гострий тромбоз магістральних судин	30	Не передбачено	7 днів
18	Аневризма та розшарування аорти	50	+20 (аортопластика розшарованої ділянки аорти)	90 днів
19	Аневризма серця, аневризма коронарної артерії	40	+20%	90 днів
20	Розрив аневризми судин мозку	40	+20%	7 днів
II. Хвороби крові, кровотворних органів:				
21	Анемія внаслідок ферментних порушень (за умови проведення спленектомії)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
22	Анемії, пов'язані з харчуванням	5	Не передбачено	90 днів
23	Постгеморагічна анемія	10	Не передбачено	30 днів
24	Тромбоцитна пурпура ускладнена геморагічним синдромом	35	+10 (за умови проведення спленектомії)	90 днів
III. Хвороби органів дихання:				
25	Гострий тонзиліт	2	+5%	30 днів
26	Бронхопневмонія	6	Не передбачено	30 днів
27	Емфізема	8	Не передбачено	90 днів
28	Пневмонія (за умови стаціонарного лікування)	10	+10%	30 днів
29	Плеврит	10	+10%	30 днів
30	Пневмоторакс	10	+10%	7 днів
31	Гемоторакс	10	+10%	7 днів
32	Бронхоектатична хвороба в фазі загострення (за умови стаціонарного лікування)	15	+20%	90 днів
33	Абсцес легені та середостіння	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
34	Бронхіальна астма (вперше виявлена)	10	Не передбачено	90 днів
IV. Хвороби органів травлення:				

35	Защемлена пахова, стегнова кила	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
36	Защемлена діафрагмальна кила	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
37	Інші защемлені кили черевної стінки (окрім післяопераційних)	8	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
38	Перитоніт (окрім місцевого)	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
39	Гострий холецистит (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
40	Гострий холецистит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
41	Постхолецистектомічний синдром (за умови рецидиву утворення каменів у жовчних протоках)	10	+10% (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
42	Гострий панкреатит (за умови стаціонарного лікування)	5	Не передбачено	30 днів
	Гострий панкреатит (за умови оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	15 днів
43	Панкреонекроз	45	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
44	Гостра кишкова непрохідність	30	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
45	Гострий апендицит	15	Виплата включена в покриття захворювання	7 днів
46	Печінкова колька	2	+10% (видалення жовчного міхура)	7 днів
47	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	10	+5%	30 днів

	(ускладнене кровотечею, перфорацією)			
48	Загострення виразкової хвороби шлунку, 12-палої кишки	5	+5%	180 днів
49	Гостра виразка шлунку, 12-палої кишки (вперше виявлена)	10	+10%	90 днів
V. Хвороби сечостатевої системи				
50	Гострі нефрит, пієлонефрит, гломерулонефрит, гломерулярная хвороба (вперше виявлені)	5	+15%	90 днів
51	Сечокам'яна хвороба (вперше виявлена)	10	+10% (за умови хірургічного втручання за допомогою лапароскопії або відкритого хірургічного доступу з розтином тканин черевної стінки)	90 днів
52	Ниркова колька (консервативне лікування в умовах стаціонару)	5	Не передбачено	30 днів
53	Ниркова колька (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	30 днів
54	Гострий уретрит	5	Не передбачено	90 днів
55	Гострий цистит	2	Не передбачено	30 днів
56	Гостра ниркова недостатність	50	Не передбачено	7 днів
57	Гостре запальне захворювання матки	10	+10%	90 днів
58	Гострий параметрит, гострий пельвіоперитоніт	15	+10%	90 днів
59	Гострий сальпінгіт та офорит	8	+10%	90 днів
60	Гострі запальні хвороби передміхурової залози	10	+10%	90 днів
61	Випадіння статевих органів (за умови проведення оперативного лікування)	10	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
62	Незапальні хвороби яєчників, маткових труб та широкої зв'язки	5	+10%	90 днів
VI. Хвороби кістковом'язевої системи та сполучної тканини:				
63	Ревматизм в активній фазі	10	Не передбачено	90 днів

64	Вузелковий периартеріт (за умови стаціонарного лікування)	25	Не передбачено	90 днів
65	Ревматоїдний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	20	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
66	Остеоартроз (за умови оперативного лікування або протезування ушкоджених суглобів)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
67	Піогенний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	12	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
68	Системний червоний вовчак (за умови стаціонарного лікування)	40	Не передбачено	90 днів
69	Хвороба Бехтерева (за умови проведення оперативного лікування)	35	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
70	Системна склеродермія (за умови стаціонарного лікування)	30	Не передбачено	90 днів
71	Подагричний артрит (за умови проведення оперативного лікування)	15	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
72	Ішіас (без люмбаго)	5	Не передбачено	90 днів
73	Гострий поліартрит	8	Не передбачено	90 днів
74	Хвороба Рейтера	15	Не передбачено	90 днів
75	Дискогенний радикуліт	4	Не передбачено	90 днів
76	Кила міжхребцевих дисків (за винятком протрузії та екструзії)	8	+10%	90 днів
VII. Хвороби ендокринної системи:				
77	Гіпотеріоз (за умови декомпенсованого або ускладненого перебігу)	20	Не передбачено	90 днів
78	Тиреотоксикоз з дифузним, токсичним вузловим зобом	20	+10%	90 днів
79	Гострий тиреоїдит	15	+10%	90 днів
80	Цукровий діабет I типу (вперше виявлений)	40	Не передбачено	90 днів
81	Цукровий діабет II типу (вперше виявлений)	20	Не передбачено	90 днів

82	Цукровий діабет інші типи (окрім гестаційного вперше виявлений)	10	Не передбачено	90 днів
VIII. Хвороби нервової системи				
83	Ураження трійчастого нерва	5	Не передбачено	90 днів
84	Ураження лицевого нерва	5	Не передбачено	90 днів
85	Ураження інших черепних нервів, в т.ч. слухового та зорового	10	Не передбачено	90 днів
86	Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи	10	Не передбачено	90 днів
87	Міастенія гравіс	10	Не передбачено	90 днів
IX. Хвороби ока та вуха				
88	Кератити	5	+10%	90 днів
89	Іридоцикліти	5	+10%	90 днів
90	Склерити, епісклерити	3	+10%	90 днів
91	Катаракта (окрім вродженої та діабетичної), вперше виявлена	10	+10%	90 днів
92	Глаукома, вперше виявлена	15	+10%	90 днів
93	Виразки роговиці	10	+10%	90 днів
94	Хвороби судинної оболонки ока і сітківки (окрім уражень внаслідок цукрового діабету або гіпертонічної хвороби)	10	+10%	30 днів
95	Хвороби слюзових шляхів (окрім хвороби сухого ока (сухого кератокон'юнктивіту))	5	+10%	30 днів
96	Гострий зовнішній отит	1	Не передбачено	30 днів
97	Гострий середній отит	2	Не передбачено	30 днів
98	Гострий отит (за умови стаціонарного лікування)	5	+10%	30 днів
99	Гострий лабіринтит, хвороба Мен'єра	8	+15%	30 днів
X. Новоутворення				
100	Злоякісні новоутворення стравоходу	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

101	Злоякісні новоутворення органів заочеревинного простору (нирки, сечоводи, наднирники, підшлункова залоза, дванадцятипала кишка)	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
102	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини (жовчний міхур, шлунок, селезінка худа, клубова, ободова, сліпа кишки з апендиксом, печінка)	45	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
103	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
104	Злоякісна меланома шкіри	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
105	Злоякісні новоутворення молочної залози			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
106	Злоякісні новоутворення тіла матки та придатків матки			
	до 35 років	50	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
107	Злоякісні новоутворення простати та яєчок			
	до 35 років	40	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
	від 35 років і старше	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
108	Злоякісні новоутворення головного мозку	70	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
109	Злоякісні новоутворення щитоподібної залози	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів

110	Лейкоз	50	+20%	90 днів
111	Мієломна хвороба	60	Не передбачено	90 днів
112	Інші злоякісні новоутворення	30	Виплата включена в покриття захворювання	90 днів
113	Доброякісні новоутворення головного мозку	40	+20%	90 днів
114	Доброякісні новоутворення молочної залози	15	+10%	180 днів
115	Доброякісні новоутворення матки та придатків матки	5	+10%	180 днів
116	Інші доброякісні новоутворення, що підтверджені патогістологічним дослідженням (окрім доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; окрім кісти, незалежно від органу чи тканин, в яких вона утворилася)	5	+10%	180 днів
XI. Інфекційні та паразитарні хвороби				
117	Холера	15	Не передбачено	30 днів
118	Тиф и паратиф	15	+10% (вторинні гнійні вогнища, перфорації кишківника)	30 днів
119	Сальмонельоз	10	Не передбачено	30 днів
120	Ботулізм	15	Не передбачено	30 днів
121	Дизентерія (шигеліоз, амебіаз)	10	Не передбачено	30 днів
122	Туляремія	15	Не передбачено	30 днів
123	Дифтерія (окрім дифтерії носу)	15	Не передбачено	30 днів
124	Сибірська виразка	20	Не передбачено	30 днів
125	Коклюш (кашлюк)	3	Не передбачено	30 днів
126	Скарлатина	4	Не передбачено	30 днів
127	Вітряна віспа (за умови стаціонара)	4	Не передбачено	30 днів
128	Вітряна віспа	2	Не передбачено	30 днів
129	Кір	2	Не передбачено	30 днів
130	Краснуха	2	Не передбачено	30 днів

131	Оперізуючий лишай (Herpes zoster)	4	Не передбачено	30 днів
132	Туберкульоз (вперше виявлений)	40	+15% (резекція легень, видалення легені, торакопластика)	30 днів
133	Вірусні гепатити А, Е	15	Не передбачено	30 днів
134	Вірусні гепатити В, С	25	Не передбачено	180 днів
135	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	40	Не передбачено	30 днів
136	Гострий поліомієліт	25	Не передбачено	30 днів
137	Енцефаліт, енцефаломієліт	40	Не передбачено	30 днів
138	Менінгіт, арахноїдит	25	Не передбачено	30 днів
139	Лептоспіроз	20	Не передбачено	30 днів
140	Токсоплазмоз	10	Не передбачено	30 днів
141	Лейшманіоз	20	Не передбачено	30 днів
142	Інфекційний монокулеоз	10	Не передбачено	30 днів
143	Малярія	15	+15% (спленектомія)	30 днів
144	Сепсис	30	+10%(видалення вторинних гнійних вогнищ при септикопемії)	30 днів