



Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Медичне страхування»

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. Інформація про страховика	
Найменування страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ПрАТ СК «ПЗУ Україна», код ЄДРПОУ 20782312
Номер і дата витягу з Реєстру	Запис у Державному реєстрі фінансових установ (ДРФУ) №11100919, Ліцензії видані НБУ 23.04.2024р. (без номеру) на діяльність із страхування (пряме страхування та вхідне перестраховання). https://kis.bank.gov.ua/Home/SrchViewLic/20000035381
Місцезнаходження страховика	Місцезнаходження: вул. Січових Стрільців, 40, м. Київ, 04053, Україна; Поштова адреса: вул. Дегтярівська, 62, м. Київ, 04112, Україна
Адреса офіційного вебсайту страховика	https://www.pzu.com.ua
2. Основні умови страхового продукту	
Клас страхування та опис страхового продукту	<p><u>Клас страхування 2</u> “Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)”. Ризик в межах класу страхування - медичне страхування.</p> <p><u>Страховий продукт характеризується</u> обов’язком страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату страхувальнику (іншій особі, визначеній договором страхування або на підставі законодавства) відповідно до умов договору страхування шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування, або шляхом оплати їх вартості внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров’я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров’я та/або випадки, передбачені договором страхування.</p> <p><u>Об’єкт страхування</u> - життя, здоров’я, працездатність застрахованої особи, зазначеної у договорі страхування.</p>

Страхові ризики та обмеження страхування

Страхові ризики:

• **Гостре захворювання.**

Гостре захворювання – несподіване, різке погіршення стану здоров'я, яке потребує надання медичної допомоги, і при якому відсутність негайного медичного втручання може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу), або до загрози життю.

• **Загострення хронічного захворювання.**

Загострення хронічного захворювання – це період перебігу хронічного захворювання, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до настання періоду ремісії. Ненадання медичної допомоги в період загострення може призвести до серйозних порушень функцій організму (в т.ч. стійкій дисфункції якого-небудь органу) або до виникнення загрози життю.

• **Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.**

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тілесного ушкодження (травми) або іншого порушення функцій організму. До зовнішніх чинників відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння на Застраховану особу будь-якого предмета або падіння Застрахованої особи на будь-який предмет, удар стороннього предмета тощо. Під розладом здоров'я внаслідок настання нещасного випадку слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травми, забій, рана, перелом, вивихи, поранення або розрив органів, сухожилля, розтяги зв'язок тощо, в тому числі отримані внаслідок дій іншої особи), а також втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками, недоброякісними харчовими продуктами) тощо.

Обмеження страхування:

На страхування не приймаються особи, які:

- утримуються в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах;
- знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;
- знаходяться на обліку в центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;
- віком старше ніж 65 років;
- проходять військову службу згідно з законодавством України у Збройних Силах України та інших військових формуваннях;
- страждають на наступні захворювання, або якщо такі захворювання діагностувалися раніше:
 - туберкульоз легень та позалегеновий туберкульоз;
 - саркоїдоз, муковісцидоз;

	<ul style="list-style-type: none"> - онкологічні захворювання (злякисні новоутворення) будь-якої локалізації, в тому числі злякисні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їх тканин (лейкози, лімфогранульоматоз, лімфоми, міеломи та інші); - доброякісні новоутворення центральної нервової системи (головного та/або спинного мозку); - тяжкі захворювання нервової системи: демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи (розсіяний склероз та інші); епілепсія, гідроцефалія, церебральний параліч та інші паралітичні синдроми; -(геміплегія, параплегія та тетраплегія); системні атрофії, що уражають переважно центральну нервову систему (хвороба Гентінгтона, спадкова атаксія, спінальна м'язова атрофія та споріднені синдроми); - системні захворювання сполучної тканини (поліартеріїт вузликівий та споріднені стани, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, системний склероз); - хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу; - цироз печінки будь-якої етіології; - емфізема; - глибокі мікози шкіри та внутрішніх органів; - імунодефіцити (уроджені та набуті), в тому числі ВІЛ (СНІД); - психічні розлади (F00-F99 за Десятим переглядом Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ – 10); - тяжкі травми та/або захворювання (некомпенсована форма) центральної та/або периферичної нервової системи (G00-G99 за МКХ -10); - алкоголізм, наркоманія, токсикоманія. <p><u>Страхове покриття не поширюється:</u> на територію/район воєнних або бойових дій, а також на територію, яка вийшла з-під контролю органів влади України, територію/зону проведення антитерористичної операції, територію/зону проведення операції об'єднаних сил, зону воєнних або збройних конфліктів.</p>
<p>Територія та строк дії договору страхування</p>	<p><u>Територія страхування:</u> Територія України, за винятком тимчасово окупованих та/або відчужених територій, територій, які вийшли з-під контролю органів влади України, зон/районів воєнних або бойових дій, зон воєнних або збройних конфліктів, територій проведення антитерористичної операції, територій проведення операції об'єднаних сил.</p> <p><u>Строк дії договору страхування:</u> 1 рік.</p> <p><u>Договір набирає чинності</u> з дати, зазначеної в ньому, як дата початку дії договору, але не раніше дня сплати страхувальником страхової премії або її першої частини (в разі сплати страхової премії частинами) у повному обсязі на поточний рахунок страховика і діє до 24-тої години дня, зазначеного в ньому як дата припинення дії договору за умови сплати страхувальником страхової премії в розмірі та в строки визначені договором страхування.</p>
<p>Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)</p>	<p>Розмір страхової суми встановлюється за згодою сторін і зазначається в договорі страхування.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Страхова сума може встановлюватися щодо окремої застрахованої особи та/або за окремим страховим випадком та/або групою страхових випадків. • В межах загальної страхової суми в договорі можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо. <p><u>Мінімальний розмір страхової суми</u> (на одну застраховану особу) – 10 000 грн.</p> <p><u>Максимальний розмір страхової суми на одну застраховану особу</u> – 1 000 000 грн</p>
Франшиза	<p>Застосовується <u>безумовна франшиза</u> в розмірі від 0% до 90% від страхової суми.</p> <p>Договором можуть встановлюватися окремі франшизи за страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо. Розмір франшиз залежить від варіанту страхування, обраного страхувальником.</p> <p>Конкретні розміри франшизи зазначаються в договорі страхування.</p>
Розмір страхової премії/ страхового тарифу	<p><u>Мінімальний розмір страхової премії</u> (на одну застраховану особу) – 1000 грн.;</p> <p><u>Максимальний розмір страхової премії</u> (на одну застраховану особу) – 180000 грн.</p> <p>Страхова премія визначається відповідно до тарифної політики страховика в залежності від обраних страхувальником умов страхового покриття, страхової суми, інших факторів, що впливають на ступінь страхового ризику, та зазначається у договорі страхування.</p>
Порядок та строки сплати страхової премії	<ul style="list-style-type: none"> • 100% (одноразово при укладенні договору); • 50% / 50% (перший платіж - при укладенні договору, наступний - через 6 місяців); • 25% / 25% / 25% / 25% (перший платіж - при укладенні договору, наступні - щоквартально); • 12 частин (перший платіж - при укладенні договору, наступні – щомісячно).
Обов'язки сторін	<p><u>Страхувальник зобов'язаний:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перед укладенням договору поінформувати страховика (або страхового посередника, якщо договір укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття страховиком рішення про укладення договору, та/або про розмір страхової премії за договором; 2) повідомити страховика про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно застрахованої особи та/або вигодонабувача (в разі визначення такої особи у договорі); 3) сплачувати страхову премію у порядку та строки, встановлені договором; 4) ознайомити застраховану особу, вигодонабувача з умовами договору (у тому числі з тими, що впливають на рішення страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у виплаті страхового відшкодування/страхової виплати);

- 5) протягом дії договору в письмовій формі повідомляти страховика у строки встановлені договором про будь-яку зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку та розміру можливих збитків/шкоди), та/або інших обставин, що впливають на розмір страхової премії за договором;
- 6) виконувати рекомендації страховика щодо усунення обставин, що впливають на підвищення страхового ризику, а також самостійно вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 7) повідомити страховика про інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування;
- 8) інформувати страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором;
- 9) вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку;
- 10) виконувати інструкції страховика, компетентних органів або їх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання випадку, який в подальшому може бути кваліфікований як страховий;
- 11) надати страховику документи та інформацію, передбачену договором, що стосуються страхового випадку та його наслідків;
- 12) надати страховику можливість розслідувати причини та обставини страхового випадку;
- 13) у разі зазначення у договорі застрахованої особи (та/або вигодонабувача,) стосовно якої страхувальник здійснює страхування, повідомити в будь-який спосіб, за умови можливості підтвердження факту здійснення такого повідомлення, таку застраховану особу (та/або вигодонабувача) про укладений на її користь договір, і якщо така застрахована особа (вигодонабувач) протягом 5 (п'яти) календарних днів не повідомить страховика про наявність заперечень проти укладення договору, такий договір вважається укладеним на її користь (якщо договором не передбачено інше);
- 14) виконувати інші обов'язки, встановлені Договором та законодавством України.

Страховик зобов'язаний:

- 1) до укладення договору страхування на підставі отриманої інформації від клієнта (страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні;
- 2) перед укладанням договору страхування надати страхувальнику необхідну, повну, доступну та достовірну інформацію про страхову послугу та/або посередницьку послугу та про страховика у обсязі, визначеному законодавством, достатньої для прийняття ним свідомого рішення про укладання договору страхування або про відмову від укладання договору страхування;
- 3) встановити факт, причини та обставини події, що яка може бути визнана страховим випадком за договором страхування;
- 4) при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/ страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов договору страхування;
- 5) у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це страхувальника/застраховану

	<p>особу/вигодонабувача у строки визначені договором страхування з обґрунтуванням причин відмови;</p> <p>6) не розголошувати відомостей про страхувальника/застраховану особу/вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;</p> <p>7) здійснювати ідентифікацію та верифікацію страхувальника/застрахованої особи/вигодонабувача, у випадках передбачених законодавством України;</p> <p>8) відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання договору у разі:</p> <ul style="list-style-type: none"> - якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації клієнта, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим або якщо у страховика виникає сумнів стосовно того, що клієнт виступає від власного імені; - встановлення клієнту неприйнятно високого ризику або ненадання клієнтом необхідних для здійснення належної перевірки клієнта документів чи відомостей; - подання клієнтом чи його представником страховику недостовірної інформації або подання інформації з метою введення в оману страховика; - якщо здійснення ідентифікації особи, від імені або в інтересах якої укладається договір страхування, та встановлення її кінцевого бенефіціарного власника або вигодонабувача за договором страхування є неможливим; <p>9) за 30 календарних днів повідомити страхувальника про припинення співпраці з клінікою або зміну категорії медичних установ;</p> <p>10) виконувати інші обов'язки, встановлені договором страхування та законодавством України.</p> <ul style="list-style-type: none"> • У разі нездійснення страховиком страхової виплати відповідно до умов договору страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому договором. • Страховик і страхувальник звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання своїх зобов'язань за договором страхування, якщо таке невиконання або неналежне виконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин). Для цілей договору під форс-мажорними обставинами розуміються обставини, передбачені частиною другою статті 14-1 Закону України «Про торгово-промислові палати України», які мають бути належним чином підтверджені уповноваженим органом.
<p>Підстави та порядок припинення дії договору страхування</p>	<p><u>Дія договору страхування припиняється</u> та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) закінчення строку його дії; 2) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником (або вигодонабувачем) у повному обсязі; 3) ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи (крім випадків, передбачених статтею 100 Закону України «Про страхування»); 4) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;

- 5) набрання законної сили рішенням суду про визнання договору недійсним;
- 6) сумарної страхової виплати в розмірі, еквівалентному страховій сумі (ліміту відповідальності) за всіма страховими випадками, що сталися в період дії договору;
- 7) несплати страхувальником чергової (крім першої) частини страхової премії в повному обсязі у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір страхування вважається достроково припиненим з дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше письмо не погоджено між сторонами не зазначене у договорі;
- 8) в інших випадках, передбачених законодавством України.

Дія договору припиняється та він втрачає чинність о 24-тій годині (за київським часом) дати, що зазначена в договорі страхування як дата закінчення строку його дії.

Дія договору може бути достроково припинена за вимогою страхувальника або страховика.

Про намір достроково припинити дію договору будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону та вигодонабувача (якщо такого призначено) не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору.

У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого договору в розмірі, визначеному в договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким договором. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору, страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю.

У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою страховика страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія.

Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, страховик повертає йому страхову премію за період, що залишився до закінчення строку дії договору, з вирахуванням витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням такого договору в розмірі, визначеному в договорі, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором. Аналогічний порядок розрахунку розміру страхової премії, що підлягає поверненню страховиком у разі дострокового припинення ним договору у зв'язку з відмовою страхувальника від внесення змін до договору щодо збільшення розміру страхової премії без зміни розміру страхової суми (якщо протягом дії договору виявляться нові обставини, що збільшують ймовірність настання страхового випадку та/або збільшують розмір потенційного збитку).

Повернення платежів здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після припинення дії договору

	<p>Страховальник має право відмовитися від договору без пояснення причин протягом 30 календарних днів з дня укладення такого договору, крім випадків, якщо:</p> <ul style="list-style-type: none"> – строк дії договору страхування щодо застрахованої особи становить менше 30 календарних днів; – повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим договором страхування. <p>Про намір відмовитися від договору страхування страховальник повідомляє страховика заявою у письмовій формі та вказує банківські реквізити, на які страховик має повернути сплачену страховальником страхову премію за таким договором. Страховик повертає страховальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 робочих днів після отримання відповідної заяви страховальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.</p>
<p>3. Здійснення страхових виплат</p>	
<p>Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку</p>	<p>При настанні події, що має ознаки страхового випадку, страховальник/застрахована особа зобов'язана до звернення за медичною або іншою допомогою, зв'язатись зі страховиком/асистуючою компанією за вказаними в договорі координатами (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій. При зверненні до страховика, застрахованій особі надає лікарю-координатору страховика/асистуючій компанії наступну інформацію:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ прізвище, ім'я та по батькові; ▪ номер договору страхування або посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, пластикової/електронної картки тощо); ▪ місце роботи застрахованої особи; ▪ причину звернення (детальний опис події); ▪ контактний телефон, місцезнаходження. <p>Вищевказане повідомлення може також здійснюватися у письмовій (електронній) формі, засобами електронного зв'язку (електронною поштою, через месенджери Viber, WhatsApp, Telegram), через мобільні додатки або сайт страховика;</p> <p>Асистуюча компанія проводить ідентифікацію та перевіряє чинність договору.</p> <p>Страховик/асистуюча компанія організує та координує надання медичної допомоги, передбаченої договором страхування та, у разі необхідності, скеровує страховальника/застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я з якими співпрацює асистуюча компанія, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, страховальник/застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції асистуючої компанії.</p> <p>Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за договором страхування, покладається на страховальника/ застраховану особу (або вигодонабувача у разі призначення).</p>

<p>Порядок здійснення та розрахунку розміру страхових виплат</p>	<p>Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов договору шляхом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - здійснення страхової виплати опосередковано через Асистуючу компанію закладам, які надавали медичні та інші послуги застрахованій особі в рамках договору страхування на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги або допомоги, що з нею пов'язана. Документи та строки розрахунків погоджуються страховиком, асистуючою компанією та закладом, що надав послуги застрахованій особі - відшкодування застрахованій особі вартості отриманих нею медичних та інших послуг у разі, якщо застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги в рамках договору страхування, і це було попередньо погоджено з асистуючою компанією/страховиком або передбачено договором страхування, за умови надання всіх необхідних документів, що передбачені договором страхування; - страхової виплати законним представникам неповнолітньої застрахованої особи. <ul style="list-style-type: none"> • Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг застрахованою особою та їх вартість. • У випадках, коли застрахована особа самостійно організувала та/або оплачувала послуги відповідно до умов договору (якщо це передбачено договором та/або погоджено з асистуючою компанією) страховик здійснює страхову виплату безпосередньо застрахованій особі (або вигодонабувачу) на підставі наступних документів: <ul style="list-style-type: none"> - заяви на отримання страхової виплати; - копії паспорта громадянина України особи, що отримує страхову виплату; копії довідки про присвоєння Реєстраційного номеру облікової картки платника податків (РНОКПП); - касовий (фіскальний) чек та товарний чек або квитанція про сплату (прибутково-касовий ордер) з переліком і вартістю наданої медичної послуги (актом виконаних робіт (наданих послуг), печаткою медичного закладу із зазначенням ПІБ та підписом особи, що видала вищезазначені документи (крім касового чека). При зверненні до спеціаліста (фізичної особи – підприємця) – витяг або виписка з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань, копія ліцензії на медичну практику (якщо діяльність вимагає ліцензії), копія свідоцтва платника податку (за наявності), витяг з преїскуранту; консультативний висновок, копія або витяг з карти амбулаторного/стаціонарного хворого (з обов'язковим зазначенням ПІБ Застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення) захворювання, остаточного діагнозу, обсягу проведеного лікування), що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг (з підписом та печаткою лікаря); - товарний чек із зазначенням прізвища застрахованої особи, переліку та вартості придбаних медикаментів та/або засобів медичного призначення, печаткою аптечної установи або штампом “Оплачено”, ПІБ та підписом особи, що видала товарний чек; - рецепт на медикаменти та/або засоби медичного призначення, виписаний на стандартному рецептурному бланку, який містить
--	--

	<p>назву та кількість лікувального засобу, дату виписки, прізвище пацієнта, печатку, ПІБ та підпис лікаря, що виписав рецепт; консультативний висновок, копії або витяги з амбулаторної карти або з історії хвороби (з обов'язковим зазначенням ПІБ застрахованої особи, дати звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу (історії виникнення захворювання, остаточного діагнозу), що підтверджують необхідність придбання відповідних медикаментів та/або засобів медичного призначення. Зазначені вище документи надаються у разі самостійного звернення в медичні заклади.</p> <ul style="list-style-type: none"> • У випадку отримання страхової виплати спадкоємцем, додатково надаються: копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи; документ про правонаступництво – нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину із зазначенням частки спадкоємця в успадкованому майні, в тому числі, із зазначенням частки страхових виплат. • Всі документи мають бути надані страховику у вигляді оригіналів або належним чином завірени. Документи, що підтверджують вартість наданих застрахованій особі лікарських засобів та виробів медичного призначення, документи, що підтверджують понесені витрати (касовий чек, товарний чек, що підтверджений фіскальним тощо) подаються страховику у вигляді оригіналів. • Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити застраховану особу до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я. • Конкретний перелік документів, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку і розмір заподіяної шкоди а також форма, спосіб та порядок подання таких документів визначається сторонами у договорі страхування.
<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>Не визнаються страховими випадками та не здійснюються страхові виплати у зв'язку із:</p> <ul style="list-style-type: none"> - застосуванням методів лікування, не призначених лікарем (самолікування), наслідками самолікування, а також витратами з лікування розладів здоров'я застрахованої особи, яка не має відповідної медичної освіти та/або дозволу (ліцензії) на здійснення медичної практики; - будь-якими вродженими чи набутими вадами, чи дефектами (аномаліями); - вживанням застрахованою особою алкоголю, токсичних речовин, наркотичних препаратів (лікуванням абстинентного синдрому алкогольного, токсичного чи наркотичного генеза); - спробою самогубства застрахованою особою, за винятком тих випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що офіційно підтверджено відповідними компетентними органами; - навмисним заподіянням застрахованою особою своєму здоров'ю шкоди (в тому числі відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму тощо) чи тілесних пошкоджень; - вчиненням застрахованою особою навмисного злочину та/або участі у протиправних діях;

- війною, незалежно від того оголошена війна чи ні, загрозою війни, військовими діями, збройним конфліктом або серйозною погрозою такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, дією суспільного ворога, вторгненням, дією іноземного ворога, введенням воєнного або надзвичайного стану, загальною або частковою мобілізацією (незалежно від способу її проведення), введенням комендантської години, збуреннями, актами тероризму, диверсіями, піратством, безладами, блокадами, революцією, заколотами, повстаннями, масовими заворушеннями, громадськими демонстраціями, страйками, захопленням підприємств, реквізицією, арештами тощо;
- моральною шкодою, неустойками (штрафами, пенєю), упущеною вигодою тощо;
- сплатою внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній.

Якщо інше не передбачено договором страхування, не визнаються страховими випадками та не здійснюються страхові виплати у зв'язку із:

- будь-якою діагностикою (в тому числі уточнюючої), лікуванням (в тому числі, призначення схем лікування) та корекцією наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

✓ чоловічої/жіночої безплідності, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенемії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій; прізвище, ім'я та по батькові;

✓ класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ;

✓ інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві конділоми, контагіозний моллюск;

✓ папіломавірусних інфекцій, ТОРЧ-інфекцій (токсоплазмозу, цитомегаловірусу, вірусу краснухи, вірусу герпесу), вірусу Епштейн-Барра. Дія даного пункту не розповсюджується на діагностику та лікування гострих типових форм - вірусна віспа, краснуха, кір, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай);

✓ пов'язаних з порушеннями обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші);

✓ вроджених аномалій, вад розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних); захворювань перинатального періоду та їх наслідків, окрім випадків передбачених опцією "Патронаж дитини";

✓ короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халязіон, (окрім випадків запалення); птеригіуму, пінгвекули;

✓ психічних захворювань, депресивних станів, психологічних проблем, порушень мови, алкогольної, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, детоксикаційної терапії, неврозів, неврастенії, синдрому хронічної втоми, порушення сну;

✓які стали наслідком навмисного заподіяння своєму здоров'ю шкоди чи тілесних пошкоджень;

✓розладів здоров'я, що настали внаслідок та/або пов'язані з тероризмом, громадськими заворушеннями, страйками;

✓вірусного імунодефіциту людини (ВІЛ), в тому числі Синдрому набутого імунодефіциту (СНІД), хвороби human T-cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням, інших імунодефіцитних станів;

✓глисних та протозойних інвазій;

✓функціональних порушень (синдрому подразненого кишківника, диспанкреатизму, дискінезії жовчовивідних шляхів, дисбактеріозу, дисбіозу, диспепсії, функціональних закрепів та інші) у Застрахованих осіб віком старше 16 років, крім випадків наявності симптомів захворювання, курсом лікування до 14 днів;

✓професійних хвороб, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);

✓які стали причиною встановлення групи інвалідності Застрахованій особі, у випадку встановлення групи інвалідності до початку укладання Договору страхування;

✓променевої та кесонної хвороб;

✓особливо небезпечних інфекцій (відповідно до переліку, затвердженого діючим наказом МОЗ України, та визначень ВООЗ), їх ускладнень та наслідків;

✓хронічних хвороб в стадії ремісії, компенсації, субкомпенсації, персистуючих інфекцій, або таких, які за характером перебігу не мають вираженої стадії загострення та ремісії;

✓імунної системи;

✓доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини, окрім ускладнених випадків (травматичне ушкодження, запалення);

✓шкіри та придатків шкіри (а саме псоріаз, екзема, вітіліго, мікози, atopічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, вугровий висип, розацеа, демодекоз); короста; педикульоз; порушення потовиділення;

✓стоматологічних;

✓інфекцій, з приводу яких урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемію (за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);

✓проведення косметичних, пластичних та реконструктивних операцій (у т.ч. планової герніопластики, ринопластики) та планових операцій на серці та судинах;

✓травм, отриманих внаслідок військових дій, Застрахованими особами, які є військовослужбовцями Збройних сил України, добровольцями Сил територіальної оборони, або в іншому статусі приймають участь у бойових діях, воєнних чи військових конфліктах (навіть якщо війну офіційно не було оголошено);

✓уточнюючою діагностикою (для визначення етіології, стадії, методу лікування) після встановлення остаточного діагнозу, лікування та корекції наступних захворювань та станів;

- аутоімунних захворювань, ревматизму, системних захворювань сполучної тканини (вузликосий периартеріт та споріднені стани, інші некротизуючі васкулопатії, системний червоний вовчак, дерматополіміозит, склеродермія, інші системні ураження сполучної тканини (синдром Шегрена, змішане захворювання сполучної тканини хвороба Бехчета та інш.), серонегативних спондилоартритів;
- криптогенного гепатиту, вірусних гепатитів С, D, E, мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу печінки;
- злоякісних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;
- доброякісних новоутворень будь-якої локалізації;
- кістозних утворень будь-яких органів, гіперплазії ендометрію, ендометріозу, мастопатії будь-якої форми, ектропіону, лейкоплакії;
- хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, туберкульозу, цирозу печінки, захворювань щитоподібної залози;
- гематологічних захворювань, пов'язаних з порушенням функції кровотворних органів; анемії будь-якого генезу, окрім постгеморагічної анемії та анемії тяжкого ступеню (hb менше 50);
- демієлінізуючих захворювань нервової системи;
- кардіоміопатій;
- астми;
- хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність, варикозне розширення вен, інші), окрім гострих станів;
- захворювань суглобів кінцівок (в тому числі їх наслідків): дегенеративних захворювань, артрозів, нестабільності суглобів, проведення планового лікування (в тому числі оперативного) пошкоджень менісків, зв'язок, посттравматичних кіст. Терапевтичне лікування проводиться тільки у випадку наявності гострого запального процесу в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення;
- ✓ наданням медичних послуг:
 - направлених на штучне запліднення, стерилізацію, процедури запобігання вагітності, проведення тестів на вагітність (окрім проведення тестів в стаціонарних умовах за медичними показаннями), придбання препаратів та засобів для запобігання вагітності (в тому числі гормональних спіралей);
 - пов'язаних з веденням вагітності, пологів (за винятком невідкладної медичної допомоги до 7-го (сьомого) місяця вагітності);
 - проходження профілактичних оглядів, профілактичних щеплень (вакцинацій), диспансерних оглядів та обстежень (призначених лікарем періодичних повторних консультацій лікарів, проведення періодичних лабораторних та інструментальних досліджень з метою контролю стану здоров'я Застрахованої особи, профілактики загострення хвороби);
 - альтернативних консультацій, якщо застрахована особа не згодна з висновком лікаря щодо захворювання або його діагностики та лікування, переведення застрахованої особи з одного медичного закладу в інший без медичних обґрунтувань;
 - визначення схем лікування по захворюванням, які віднесені до списку винятків для застрахованих осіб;

- будь-яких планових медичних послуг та медикаментозного забезпечення, якщо лікування було заплановано до початку дії договору страхування;
- реабілітаційного лікування, окрім випадків необхідної реабілітації в цілодобовому стаціонарі після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять календарних) днів;
- лікування станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 календарних днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.); застосування препаратів аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (золадекс, диферелін тощо);
- лікування експериментальними методами та методами нетрадиційної медицини (гіпноз, вектор-терапія, біоенергетика, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, діагностика по Фолю, рефлексотерапія, біологічні домішки, гірудотерапія, склеротерапія, озонотерапія, киснетерапія та інше);
- консультації на дому лікарів-спеціалістів, проведення на дому обстежень та маніпуляцій, обслуговування на дому медичним персоналом (дані послуги можуть бути надані за рішенням Асистуючої компанії/Страховика в кожному конкретному випадку, переважно для важкохворих пацієнтів з довготривалим ліжковим режимом);
- перебування та харчування батьків в цілодобовому стаціонарі з дитиною, що є Застрахованою особою за Договором страхування, вік якої на момент госпіталізації складає шість повних років та старше;
- перебування застрахованих осіб в палатах класу «люкс» в приватних клініках;
- послуг косметолога, сурдолога, подолога, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, гомеопата;
- застосування косметологічних препаратів та процедур;
- будь-яких косметичних, пластичних операцій (в тому числі пластика носової перетинки, планова герніопластика), крім випадків, коли пластична хірургія необхідна за життєвими показаннями, або як невідкладна реконструктивна операція для збереження цілісності органів при гострому травматичному пошкодженні;
- оперативних втручань не за медичними показаннями;
- трансплантації органів та тканин, окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендопротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними;
- екстракорпоральних методів лікування: плазмофорез, плазмосорбція, аутогемотерапія, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез та інших;
- транспортування в медичний заклад при організації медичної допомоги в плановому порядку та при невідкладній стоматологічній допомозі;
- транспортних витрат за межами 30 км зони від міста, звідки виїжджає лікар або бригада невідкладної допомоги;
- надання медичних довідок на вимогу різного роду організацій та підприємств (посвідчення водіїв, довідок для вступу в дошкільні та

учбові установи, тести на профпридатність, довідок для органів міліції, довідок в басейн, тренажерний зал та інших довідок, що не пов'язані із захворюванням застрахованої особи);

- діагностики алергії, в тому числі проведення алергопроб;
- оперативних втручань на коронарних судинах (стентування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операції із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
- будь-яких стоматологічних послуг;
- які були отримані без погодження з Асистуючою компанією та/або страховиком в медичних закладах, з якими Асистуюча компанія не має договірних відносин, окрім випадків невідкладної медичної допомоги;
- які були призначені лікарем більше ніж 30 діб тому;
- планового лікування захворювань, наявність яких підтверджена Застрахованою особою відміткою в декларації про стан здоров'я (якщо таку інформацію Страховик запитував при укладанні Договору), протягом двох місяців з дати початку дії Договору;
- оперативного лікування геморою, окрім тромбоектомії при гострому тромбозі гемороїдальних вузлів та лігування латексними кільцями при кровотечі;
- лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах;

✓призначенням Застрахованій особі медичних препаратів та засобів:

- медичних препаратів, придбаних за межами аптечної мережі України та/або не зареєстрованих в Україні як лікарські засоби (біологічно-активні харчові домішки та інші);
- засобів особистої гігієни, косметичними засобів (косметичні креми, лосьйони); лікарських форм (лосьйони, шампуні) та препаратів (зинерит, нізорал, еберсепт, дермазол, фрідерм та інші) для профілактики та лікування захворювань шкіри;
- медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразового застосування, в кількості, необхідній для проведення медичних маніпуляцій, оперативних втручань), допоміжних засобів медичного користування, в тому числі бандажів, милиць, конструкцій для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розчиняються), небулайзерів;
- медичного устаткування, що замінює та/або корегує функцію уражених органів;
- апаратів для діагностики в домашніх умовах (тонометри, глюкометри, тощо) та витратних матеріалів до них (тест-системи для визначення ацетону, глюкози крові, тощо), тестів на вагітність;
- засобів догляду: сечо- та калоприймачі, підгузки, одноразовий одяг, одноразові серветки, простиралла, інших;
- полівітамінних комплексів з мінералами;
- імуномодуляторів (ІРС-19, рибомуніл, імудон, імунал та інші), імунодепресантами (азатіопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему;
- гормональних медичних препаратів, якщо вони призначені як замісна та/або довготривала (більше 30-ти днів) протизапальна терапія; препаратів-аналогів гонадотропін-релізіну-гормону (золадекс, диферелін та ін.);
- гіполіпідемічних препаратів, окрім гострого інфаркту міокарда;
- стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель Герц та інші);

	<p>- вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів.</p> <p>Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається сторонами у договорі страхування.</p> <p><u>Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - навмисні дії страхувальника/ застрахованої особи/ вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку (крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями); - вчинення страхувальником/ застрахованою особою/ вигодонабувачем умисного кримінального правопорушення, що призвело до настання страхового випадку; - подання страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування, обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, або про факт настання страхового випадку; - несвоєчасне повідомлення страхувальником/ застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором страхування, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди; - наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором; - інші підстави, визначені законодавством та умовами договору. <p>Якщо інше не передбачено договором, страховик письмово повідомляє страхувальника/застраховану особу/ вигодонабувача про відмову у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття ним такого рішення з обґрунтуванням причини відмови.</p> <p>Договором страхування може бути звужено та/або розширено, та/або уточнено (конкретизовано) обсяг винятків із страхових випадків та підстав для відмови у страховій виплаті.</p>
4. Інша інформація	
Форма договору страхування	Договір може бути оформлений у паперовій формі або у формі електронного документа.
Канал реалізації страхового продукту	<p>Веб-сайт страховика: https://www.pzu.com.ua</p> <p>Інтернет-магазин: https://shop.pzu.com.ua</p> <p>Головний офіс: https://www.pzu.com.ua/contacts.html</p> <p>Перелік структурних підрозділів</p> <p>Реєстр страхових посередників</p>
Інша інформація про страховий продукт	Цей страховий продукт не пропонується разом із супутнім та/або додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору.
Посилання на документи, у яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	В цьому документі надається загальна інформація про стандартний страховий продукт «Медичне страхування». Повна інформація про страховий продукт міститься в Оферті (публічній частині) договору медичного страхування