



Інформаційний документ про стандартний страховий продукт «Індивідуальне 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 перестраховування). https://kis.bank.gov.ua/search-fu
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. стійкої 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>Територіальні обмеження:</u> Страхове покриття не поширюється на окуповані території, в тому числі території Автономної Республіки Крим, 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, населені пункти, на території яких органи державної влади тимчасово не здійснюють свої повноваження та населенні пункти, що розташовані на лінії розмежування (відповідно до нормативно-правових актів, затверджених у встановленому законодавством порядку).</p>
Територія та строк дії договору страхування	<p><u>Територія страхування:</u> Територія України з урахуванням територіальних обмежень, наведених в розділі Обмеження страхування.</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>

Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Розмір страхової суми встановлюється за згодою сторін і зазначається в договорі страхування.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страхова сума встановлюється щодо окремої застрахованої особи та/або в цілому за договором страхування. • В межах загальної страхової суми в договорі встановлюються ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків тощо, видів медичної допомоги або послуг. <p><u>Мінімальний розмір страхової суми</u> (на одну застраховану особу) – 150 000 грн. <u>Максимальний розмір страхової суми на одну застраховану особу</u> – 300 000 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 при укладанні договору.</p> <p>Конкретні розміри франшиз зазначаються в договорі страхування.</p>
Розмір страхової премії/ страхового тарифу	<p><u>Мінімальний розмір страхової премії</u> (на одну застраховану особу) – 5 944,00 грн.;</p> <p><u>Максимальний розмір страхової премії</u> (на одну застраховану особу) – 70 000 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);
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) виконувати вказівки асистуючої компанії та страховика і погоджувати з ними всі дії, пов'язані з наданням медичних послуг, передбачених договором страхування;
 - 14) дотримуватись вказівок лікуючого лікаря, дотримуватись розпорядку закладу охорони здоров'я, в якому їй надається допомога;
 - 15) сприяти страховику або його представнику у розслідуванні причин та обставин випадку, який має ознаки страхового. Укладанням договору страхування застрахована особа надає згоду на розголошення, зокрема та не виключно, лікарської таємниці, адвокатської таємниці та інших видів таємниць такими особами (лікар, адвокат, та ін. особи), якщо таким відома інформація, яка пов'язана із настанням випадку, що має ознаки страхового, страховику або асистуючій компанії;
 - 16) надати право вільного доступу лікарів та експертів, що діють від імені Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;
 - 17) надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків;
 - 18) на вимогу Страховика надати додаткові медичні документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також, за направленням Страховика звернутися до незалежного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я;
 - 19) надати документи для проведення його ідентифікації та верифікації, у випадках передбачених законодавством України в тому числі з метою дотримання Страховиком вимог законодавства про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом,

фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення;

- 20) у випадку страхування родичів надати виписку з пологового будинку від 0 до 1 року та декларацію про стан здоров'я, якщо вік страхувальника/застрахованої особи від 1 до 65 років.
- 21) повернути страхову виплати (або відповідну її частину) у випадках, передбачених договором страхування;
- 22) 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);
- 23) 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) якщо умовами Договору на Застраховану особу, яка не є Страхувальником, покладено обов'язок щодо сплати страхової премії за таким Договором, отримати у письмовій формі згоду такої Застрахованої особи;
- 4) встановити факт, причини та обставини події, що яка може бути визнана страховим випадком за договором страхування;
- 5) при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування/ страхову виплату в строки та в розмірі відповідно до умов договору страхування;
- 6) у разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомити про це страхувальника/застраховану особу/вигодонабувача у строки визначені договором страхування з обґрунтуванням причин відмови;
- 7) не розголошувати відомостей про страхувальника/застраховану особу/вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом;
- 8) здійснювати ідентифікацію та верифікацію страхувальника/застрахованої особи/вигодонабувача, у випадках передбачених законодавством України;
- 9) відмовитися від встановлення (підтримання) ділових відносин, у тому числі шляхом розірвання договору у разі:
 - якщо здійснення ідентифікації та/або верифікації клієнта, а також встановлення даних, що дають змогу встановити кінцевих бенефіціарних власників, є неможливим або якщо у страховика

	<p>виникає сумнів стосовно того, що клієнт виступає від власного імені;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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 письмово не погоджено між сторонами не зазначене у договорі; 8) в інших випадках, передбачених законодавством України. <p>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.</p>

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).

Виключення застрахованої особи зі списку застрахованих осіб вважається достроковим припиненням дії договору по відношенню до цієї застрахованої особи.

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

Страховальник має право відмовитися від договору без пояснення причин протягом 30 календарних днів з дня укладення такого договору, крім випадків, якщо:

- 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.

Про намір відмовитися від договору страхування страхувальник повідомляє страховика заявою у письмовій формі та вказує банківські реквізити, на які страховик має повернути сплачену страхувальником страхову премію за таким договором. Страховик повертає страхувальнику сплачену страхову премію повністю протягом 15 робочих днів після отримання відповідної заяви

	страхувальника, за умови що протягом цього періоду не відбулася подія, що має ознаки страхового випадку.
3. Здійснення страхових виплат	
Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	<p>При настанні події, що має ознаки страхового випадку, страхувальник/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), 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, скерує страхувальника/застраховану особу у відповідний заклад охорони здоров'я з якими співпрацює асистуюча компанія, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому, страхувальник/застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції асистуючої компанії.</p> <p>У виключних випадках (екстрена медична допомога), страхувальник/застрахована особа може отримати послуги в закладі охорони здоров'я, з яким асистуюча компанія не має договірних відносин, про що вона повинна при першій нагоді повідомити асистуючу компанію.</p> <p>Якщо застрахована особа з поважних причин (важкий стан здоров'я Застрахованої особи) не змогла зв'язатися з асистуючою компанією до надання їй послуг, передбачених обраним варіантом страхування, вона зобов'язана протягом 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, сповістити асистуючу компанію про її настання та узгодити надання та оплату необхідної послуги.</p> <p>Медична допомога (медичні послуги) за договором надаються застрахованій особі при наявності та пред'явленні документу, що посвідчує особу.</p>

	<p>Обов'язок підтвердження факту настання події, яка може бути визнана страховим випадком за договором страхування, покладається на страхувальника/ 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 організовувала 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 організовувала 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 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.
 - 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.

Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати (складає страховий акт) або про відмову у страховій виплаті у строк, визначений договором страхування, після отримання останнього документу, необхідного для прийняття рішення.

Рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті приймається страховиком після отримання останнього (необхідного для прийняття рішення), документу протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інше не передбачено договором з закладом охорони здоров’я та/або асистуючою компанією, залежно від того, кому здійснюється виплата.

Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті протягом 5 (п’яти) робочих днів з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором з закладом охорони здоров’я та/або асистуючою компанією, залежно від того, кому здійснюється виплата.

<p>Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті</p>	<p>Договором не покривається ведення одного страхового випадку більше 30 (тридцяти днів), якщо інше не передбачено Варіантом страхування.</p> <p>Якщо інше не передбачено Варіантом страхування, Страховик не організовує та не здійснює фінансування будь-якої діагностики (в тому числі уточнюючої), лікування (в тому числі, призначення схем лікування) та корекції наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:</p> <ul style="list-style-type: none"> - чоловічої/жіночої безпліддя, клімаксу, синдрому виснажених яєчників, порушень менструального циклу, передменструального синдрому, порушень гормонального стану (гіперпролактинемії, гіперандрогенії, інших), еректильної та сексуальної дисфункцій; - папіломавірусних інфекцій, TORCH-інфекцій (токсоплазмозу, цитомегаловірусу, вірусу краснухи, вірусу герпесу), вірусу Епштейн-Барра (окрім випадків діагностики та лікування гострих типових форм - вірусна віспа, краснуха, кір, інфекційний мононуклеоз, оперізуючий лишай); - класичних венеричних захворювань, згідно з класифікацією ВОЗ; - інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: генітальний герпес, мікоплазмоз, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, гострокінцеві кондиломи, контагіозний моллюск, уrogenітальний шигельоз тощо; кандидоз, бактеріальний вагіноз, гарднерельоз, лептотрікс; - запальних захворювань сечостатевих органів у випадку виявлення у застрахованої особи захворювань, що перераховані вище, до моменту надання висновку лікуючого лікаря про проведене лікування таких захворювань та негативних результатів відповідних лабораторних досліджень; - кольпітів, вагінітів, уретритів, простатитів, баланопоститів будь-якої етіології, якщо вони є складовою змішаної інфекції; цервіцитів, дисплазії епітелію шийки матки, ерозії та псевдоерозії шийки матки та інші; - пов'язаних з порушеннями обміну речовин (ожиріння, гіперліпідемія, гіперхолестеринемія, сечосольовий діатез, порушення кальцієвого, фосфорного обміну та інші); - вроджених аномалій, вад розвитку, затримки розвитку, спадкових захворювань (генних, геномних, хромосомних); захворювань перинатального періоду та їх наслідків; - короткозорості (міопії), далекозорості (гіперметропії), астигматизму, катаракти, глаукоми, «комп'ютерного зорового синдрому», синдрому «сухості очей», інших порушень функції зору; халазіон; птеригіуму, пінгвекули; - психічних, психоневрологічних та психосоматичних захворювань та розладів (в тому числі, депресивних станів, неврозів та інших) та травм, отриманих внаслідок таких захворювань; порушень мови, неврастенії, синдрому хронічної втоми, порушення сну, астено-невротичного синдрому); - вегето-судинної дистонії, нейроциркуляторної дистонії, дисциркуляторної енцефалопатії, мігрені; - алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, тютюнової та іншої залежності, абстинентного синдрому, порушення здоров'я
--	---

внаслідок спроби самогубства та станів (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі шкоди чи тілесних ушкоджень;

- 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);
- 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;
- будь-яких функціональних порушень (синдрому подразненого кишечника, диспанкреатизму, дискінезії жовчовивідних шляхів, дисбактеріозу, дисбіозу, диспепсії, функціональних закрепів та інші), окрім, лікування курсом до 10 діб у Застрахованих осіб віком до 16 років;
- професійних хвороб, відповідно до висновку уповноваженої установи (таких, як асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба, інших);
- захворювань, за якими встановлена група інвалідності (I, II, III) чи інвалідності з дитинства;
- променевих уражень в будь-якій формі; кесонної хвороби;
- інфекцій, з приводу яких урядом або іншими компетентними органами оголошено епідемію (за виключенням ГРВІ та сезонного грипу);
- 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 стадій загострення та ремісії;
- імунної системи;
- алергічних захворювань (алергічний риніт, алергічний дерматит, алергічний кон'юнктивіт тощо), окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи (наприклад, набряк Квінке, анафілактичний шок, набряк легенів);
- ендокринних захворювань (в тому числі захворювань щитоподібної залози), окрім невідкладних станів;
- шкіри та придатків шкіри (а саме псоріаз, екзема, вітіліго, мікози, атопічний дерматит, ламкість та випадіння волосся, себорея будь-якого типу, кератодермія, вугровий висип, акне, розацеа, демодекоз та ін.); короста; педикульоз; порушення потовиділення;
- захворювань зубів та ясен;
- дегенеративних захворювань нервової системи (в т.ч. хвороби та синдрому Паркінсона, хвороби Альцгеймера тощо), системних

атрофій центральної нервової системи, міастенії, міотонії, сирінгомієлії;

- дегенеративно-дистрофічні захворювань опорно-рухового апарату: остеохондроз, остеоартроз, артроз, остеоартрит, остеопороз анкілозуючий спонділоартрит, сколіоз, лордоз кіфоз, кили хребта тощо, окрім надання невідкладної допомоги;
- захворювань суглобів кінцівок (в тому числі їх наслідків): нестабільності суглобів, посттравматичних кіст, окрім випадків наявності гострого запального процесу, коли сплачується консервативне лікування в об'ємі, що необхідний для ліквідації запалення;
- захворювань та станів, що виникли внаслідок самолікування, а також, внаслідок отримання лікування, призначеного особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або дозволу (ліцензії) на здійснення медичної практики;
- 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 інші), серонегативних спонділоартритів;
- виразкового коліту, хвороби Крона (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
- криптогенного гепатиту, вірусних гепатитів (крім гепатиту А), мікс-гепатитів, хронічної печінкової недостатності, стеатозу печінки, цирозу печінки;
- злоякісних новоутворень, в тому числі захворювань крові та кровотворних органів;
- доброякісних новоутворень будь-якої локалізації (в тому числі шкіри та підшкірної клітковини), окрім ускладнених випадків (травматичне ушкодження, запалення, абсцес) коли сплачується надання невідкладної допомоги, лікування авсцесу та протизапальна терапія;
- кістозних утворень будь-яких органів, гіперплазії ендометрію, поліпу ендометрію, ендометріозу, ектропіону, лейкоплакії, мастопатії будь-якої форми;
- хронічної ниркової недостатності, цукрового діабету, туберкульозу;
- 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, кардіосклерозу, атеросклерозу;
- бронхіальної астми (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
- хронічних хвороб периферійних судин (в тому числі облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність, варикозне розширення вен, інші), окрім гострих станів;

- геморою, окрім виконання тромбоектомії при гострому тромбозі гемороїдальних вузлів та лігування латексними кільцями при кровотечі;
 - лікування захворювань та станів, що вимагають застосування тривалої (більше 30 днів) замісної терапії (гормональні, ферментні препарати та ін.);
 - захворювань мигдаликів, аденоїдів (будь-яким методом);
 - сечокам'яної, жовчнокам'яної хвороби (окрім випадків надання невідкладної допомоги);
 - травм та захворювань, що виникли внаслідок спортивних тренувань та змагань на аматорському або професійному рівні (окрім швидкої невідкладної допомоги);
 - захворювання та травми, що виникли поза строком дії Договору, їх ускладнення та наслідки;
 - інвазійних та інфекційних хвороб, паразитарних хвороб, зараження якими відбулось за межами території дії Договору.
- Страховик не здійснює організацію та оплату послуг, підготовки до них, ускладнень та наслідків після їх проведення:
- 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), штучне переривання вагітності (не за медичними показаннями);
 - пов'язаних з веденням вагітності, пологів (за винятком невідкладної медичної допомоги, в тому числі при позаматковій 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;
 - реабілітаційного лікування, окрім випадків необхідної реабілітації в цілодобовому стаціонарі після стаціонарного лікування гострих захворювань або травм протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів;
 - 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);
 - корекції зору будь-якими методами;
 - 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, 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, нарколога, психолога, психотерапевта, психоаналітика, трихолога; гомеопата, рефлексотерапевта, гірудотерапевта та фахівців нетрадиційної медицини;
- будь-яких косметичних, пластичних чи реконструктивних операцій та процедур (в тому числі пластика носової перетинки, планова герніопластика) їх ускладнень та наслідків, 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, їх ускладнень та наслідків;
- трансплантації органів та тканин (в тому числі операції з ауотрансплантації), окрім випадків трансплантації шкіри при опіковій хворобі, пошук, оплата та доставка органів для трансплантації; придбання медичного устаткування, що замінюють та/або корегують функції уражених органів; будь-яке протезування (в тому числі ендпротезування суглобів), операції на серці, та лікування ускладнень, пов'язаних з ними;
- операцій, що потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовки операції;
- екстракорпоральних методів лікування: плазмозорбція, плазмосорбція, аутогемотерапія, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитозорбція 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; серологічної діагностики, імунодіагностики (в тому числі проби Манту), визначення гормонального стану;
- ліпідограми;
- оперативних втручань на коронарних судинах (стенування, шунтування тощо), протезування клапанів серця, операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);
- будь-яких стоматологічних послуг;
- видалення, промивання сірчаних пробок (окрім випадків захворювання на гострий отит);

- які не були узгоджені зі страховиком, окрім випадків невідкладної медичної допомоги, та послуг, які не передбачені Варіантом страхування для застрахованої особи;
- 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;
- лікування в санаторіях, будинках відпочинку, курортах чи інших подібних закладах, та оформлення документації пов'язаної з відвідуванням цих закладів;
- будь яких видів масажу, фізіотерапевтичних процедур, голкорексфлексотерапії, мануальної терапії;
- послуг та лікування пов'язаних з корекцією фігури, осанки, ходи, зміною ваги;
- проведення оперативного лікування пошкоджень менісків, зв'язок, окрім випадків, коли таке лікування проводиться протягом 24 годин з моменту отримання травми.

Страховик не здійснює оплату вартості медичних препаратів та засобів:

- що не зареєстровані на території України як лікарські засоби (біологічно-активні харчові домішки та інші);
- будь – яких медикаментів, не призначених лікарем;
- будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання;
- засобів особистої гігієни, косметичних засобів (косметичні креми, лосьйони), косметологічних препаратів; лікарських форм (лосьйони, шампуні) та препаратів для профілактики та лікування захворювань шкіри (зинерит, нізорал, еберсепт, дермазол, фрідерм та інші);
- медичного обладнання та інструментарію (окрім одноразового застосування, в кількості, необхідній для проведення медичних маніпуляцій, оперативних втручань), засобів та пристроїв медичного користування різного характеру і призначення, в тому числі бандажів, корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, конструкцій для остеосинтезу (в т.ч. тих, що самостійно розсмоктуються) та фіксаторів, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзерів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена);
- медичного устаткування, обладнання та пристроїв, що замінюють та/або корегують функцію уражених органів (протезів різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучних водіїв ритму, стентів тощо); окулярів, лінз та розчини і контейнери для них, тренажерів;
- 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, простирадла, інших;
- вітамінних препаратів та препаратів мікро- та макроелементів, окрім випадків, коли вони є етіологічним лікуванням захворювання або передбачені Варіантом страхування;
- будь яких імуномодуляторів (в т.ч ІРС-19, рибомуніл, імудон, імунал та інші), імунодепресантів (азатіопрін, циклофосфан) та інших препаратів, що призначені з метою впливу на імунну систему;
- будь яких препаратів (в тому числі гормональних, гіпертензивних та інших), що призначаються як замісна та/або довготривала терапія курсом понад 30 днів, незалежно від дози препарату та її можливого корегування;
- гіполіпідемічних препаратів, окрім гострого інфаркту міокарда;
- стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель Герц та інші);
- вакцин, сироваток, антитіл, антигенів, діагностичних реактивів.
- препаратів-аналогів гонадотропін–рилізінг–гормону (золадекс, диферелін та інші);
- психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та препаратів;
- бісфосфонатів, тіофосфатів, стимуляторів тканинного обміну; засобів, що впливають на структуру та мінералізацію кісток;
- препаратів, що впливають на метаболічні процеси (актовегін, тівортін, екстракт алое та інші);
- препаратів гепатопротекторної дії; препаратів урсо (хено) дезоксіхолієвої кислоти (урсофальк, салофальк, хенофальк та інші);
- препаратів, що сприяють розчиненню сечових конкрементів чи запобігають їх утворенню;
- препаратів хондропротекторної дії (в тому числі хондроїтину сульфат, глюкозамін);
- препарати, що відновлюють мікрофлору шлунково-кишкового тракту (пробіотики, пребіотики, бактеріофаги);
- препаратів для запобігання вагітності та препаратів, призначених з метою переривання вагітності;
- ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); стрептокінази, стрептодорнази та їх аналогів (окрім випадків лікування ТЕЛА, тромбозу глибоких вен кінцівок та гострого інфаркту міокарду курсом до 14 днів);
- ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) якщо вони призначені, як підтримуюча терапія (окрім випадків, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання, тоді терапія даними препаратами визнається страховим випадком);
- препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги;
- будь яких гомеопатичних та антигомотоксичних препаратів (в т.ч. іноземного походження Heel, Bittner).

Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається сторонами у договорі страхування.

Підставами для відмови у здійсненні страхової виплати є:

- 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 (в тому числі подання застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей щодо стану здоров'я застрахованої особи на час укладання договору), або про факт настання страхового випадку;
 - 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 страхування;
 - недотримання застрахованою особою порядку обслуговування, передбаченого даним договором без поважних на це причин;
 - недотримання застрахованою особою режиму лікувального (профілактичного) закладу, призначеного лікування без поважних на це причин;
 - створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не передбачені Варіантом страхування та/або не були рекомендовані, схвалені письмово посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
 - отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не передбачені чинним протоколам МОЗ України та міжнародним клінічним протоколам, для діагностики та лікування захворювань;
 - спілкування застрахованої особи з координаторами асистуючої компанії з використанням ненормативної лексики, про що є відповідний запис телефонної розмови (крім випадків організації невідкладної допомоги);
 - використання індивідуальної пластикової /електронної картки особою, яка не є власником, з метою отримання медичних послуг;
 - подання застрахованою особою документів на відшкодування вартості абонементів та витрат на благодійну допомогу;
 - інші підстави, визначені законодавством.
- 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.

	Договором страхування може бути звужено та/або розширено, та/або уточнено (конкретизовано) обсяг винятків із страхових випадків та підстав для відмови у страховій виплаті.
4. Інша інформація	
Форма договору страхування	Договір може бути оформлений у паперовій формі або у формі електронного документа.
Канал реалізації страхового продукту	Головний офіс: https://www.pzu.com.ua/contacts.html Перелік структурних підрозділів Реєстр страхових посередників
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 «Індивідуальне медичне страхування». Повна інформація про страховий продукт міститься в Оферті (публічній частині) договору медичного страхування, яка містить загальні умови стандартного страхового продукту (https://pzu.com.ua/admin/upload/2026/oferta-ms-2026-partner.pdf)