

Інформація про стандартний страховий продукт
«ОНКОЗАХИСТ»
 (назва страхового продукту)

№ з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення
1	Об'єкт страхування	Об'єктом страхування є життя, здоров'я та працездатність Застрахованої особи.
2	Страхові ризики та обмеження страхування	<p>Страховим ризиком є критичне захворювання та/або стан, на яке Застрахована особа захворіла та/або яке було вперше діагностовано, та/або про яке вперше стало відомо Застрахованій особі протягом дії Договору, з урахуванням періоду очікування, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - захворювання на рак (злоякісне новоутворення) Застрахованої особи (будь-яке злоякісне захворювання, що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням злоякісних клітин, що проникають в тканину різного гістологічного типу, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, та яке не є виключенням зі страхових випадків) та підтверджено висновком українського лікаря-фахівця та гістологічними або – в разі системних ракових захворювань – цитологічними доказами відповідно до протоколів лікування; - інші випадки, передбачені Програмою страхового продукту, пов'язані з наданням асистуючих послуг у зв'язку з настанням страхового ризику, що передбачені Програмою страхового продукту. <p>Не можуть бути Застрахованими особи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визнані у встановленому законодавством України порядку недієздатними; - хворі на СНІД та інші захворювання, пов'язані з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, психоневрологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; - онкологічно хворі; - особи молодші 1 року та старші 69 років на момент укладання Договору страхування;

		<p>- особи, що досягли 70 років станом на дату укладення Договору страхування /продовження дії Договору на наступний рік;</p> <p>- для яких неможливо підтвердити інформацію, зазначену в Декларації про стан здоров'я Застрахованої особи.</p>
3	Мінімальний та максимальний розміри страхової суми (ліміту відповідальності)	<p>Програма «Стандарт»: від 2 млн грн до 10 млн грн.</p> <p>Програма «Еліт»: 12 млн грн.</p>
4	Мінімальний та максимальний розміри страхової премії та/або страхового тарифу	<p>Страховий тариф:</p> <p>Програма «Стандарт»: від 0,01068% до 0,84% страхової суми;</p> <p>Програма «Еліт»: від 0,0189% до 0,25% страхової суми.</p> <p>Страхова премія (річна):</p> <p>Програма «Стандарт»: від 1 068 грн до 16 800 грн;</p> <p>Програма «Еліт»: від 2 268 грн до 30 000 грн.</p>
5	Вид, мінімальний та максимальний розміри франшизи (за наявності)	Не застосовується.
6	Територія та строк дії договору страхування [включаючи інформацію про порядок вступу його в дію та період(и) страхування (за наявності)]	<p>Територія дії договору - Україна (за виключенням територій, де органи державної влади України тимчасово не здійснюють свої повноваження, що розташовані на лінії розмежування, території активних бойових дій та тимчасово окуповані території), а у випадках та за умовами, передбаченими Програмою страхового продукту – за кордоном.</p> <p>Строк дії договору - 1 рік.</p> <p>Договір страхування набуває чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дати початку дії Договору, але не раніше дня, наступного за датою сплати страхового платежу в обсязі, визначеному в Договорі страхування, на рахунок Страховика.</p> <p>Договір діє до 24:00 годин (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі як дата закінчення строку дії Договору, якщо інші обставини не призвели до дострокового припинення дії Договору.</p> <p>Строк дії договору поділяється на періоди страхування.</p> <p>Страховий захист діє в оплаченому періоді страхування.</p>
7	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у здійсненні страхових виплат	<p>Не є страховим випадком та зі страхового покриття виключаються: захворювання та/або медичні стани та, відповідно витрати пов'язані з їх лікуванням, що не визначені як страхові випадки та не покриваються згідно з обраною Програмою; медичні та інші послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, якщо вони були надані Застрахованій особі після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування, крім випадків, прямо передбачених умовами Договору; послуги у зв'язку з подією, що має ознаки страхового випадку, необхідність яких, виникла у зв'язку з порушенням Застрахованою особою рекомендацій лікаря, правил та розпорядку при знаходженні на лікуванні в медичних закладах; необхідність надання послуг в результаті виявленого захворювання та/або медичного стану, що прямо</p>

не передбачені умовами Договору та обраною Програмою страхового продукту; психохірургія; лікування вроджених порушень нормального розвитку головного мозку і черепної коробки; лікування вроджених вад розвитку спинного мозку і хребта; будь-які хірургічні операції з трансплантації органів, якщо це не передбачено умовами обраної Програми; медичні та інші послуги, які виконуються з естетичних та/або косметичних цілей, включаючи, але не обмежуючись, операцією з корекції міопії (короткозорості), та бариатричні операції, що включають в себе, але не обмежуються операціями, спрямованими на зменшення обсягу шлунка або кишечника, крім операції по реконструкції грудей після резекції/видалення молочної залози, проведеної в рамках обраної Програми; послуги, що виконуються з приводу всіх форм уражень серцевих клапанів в результаті ендокардиту, викликаного венеричними захворюваннями (інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом); послуги, що надаються у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку; якщо в процесі трансплантації органів Застрахована особа є донором для третьої особи; якщо трансплантація органів включає лікування стовбуровими клітинами (крім трансплантації кісткового мозку); якщо необхідність трансплантації органів пов'язана з алкогольним захворюванням печінки; якщо трансплантація органів є аутологічною (одержувач трансплантації є донором для себе), за винятком трансплантації кісткового мозку; будь-який вид трансплантації кісткового мозку для осіб старших за 18 років. Не визнаються страховим випадком та Страховик не оплачує витрати за послуги: з приводу захворювань і станів, які не передбачені обраною Програмою страхового продукту та/або які виникли після закінчення строку дії або розірвання Договору страхування; послуги щодо особи, яка не є Застрахованою особою за Договором страхування, в тому числі у разі встановлення факту передачі Застрахованою особою Договору страхування та/або інших документів іншій особі для отримання такою особою медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою страхового продукту за Договором; послуги, які не були призначені лікуючим лікарем Застрахованій особі та які не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування з приводу захворювання; захворювання та стани, які є прямим або непрямим наслідком синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) або наявності в організмі вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ), в тому числі в зв'язку зі злoякісним новоутворенням, що протікають на тлі ВІЛ-інфекції або СНІДу (включаючи саркому Капоші); подія яка має ознаки страхового випадку, але настала у місцях позбавлення волі, тримання під вартою; подія яка має ознаки страхового випадку, але настала в результаті професійної діяльності

Застрахованої особи, безпосередньо пов'язаної з хімічними речовинами і газами (включаючи азбест, розчинники, бензол, хлористий вініл, берилій, нікель, сполуки хрому, радон, пестициди, пил з оксидом кремнію, діоксини), з вибуховими речовинами, з іонізуючою радіацією, включаючи ультрафіолет, з мікрохвильовим випромінюванням, з високовольтними електричними мережами; подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана із застосуванням експериментальних методів лікування, що не допущені до використання в Україні; послуги, не передбачені обраною Програмою страхового продукту; подія яка має ознаки страхового випадку, але пов'язана з раніше існуючими захворюваннями і станами, діагностованими або про які було відомо Застрахованій особі до дати початку дії Договору страхування, якщо лікування, передбачене відповідною Програмою страхового продукту, було рекомендовано або заплановано ще до моменту укладення Договору страхування; отримання Застрахованою особою медичних та інших послуг в медичних та інших організаціях, які не передбачені умовами Договору та/або обраної Програми страхового продукту або вибір яких не був узгоджений із Страховиком; у зв'язку з родовими травмами та/або вродженими вадами розвитку будь-якого виду; діагностики та/або лікування, які надаються після сплину терміну в 365 днів з дати визнання Страховиком випадку страховим.

Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття: пухлини, які діагностовані як злоякісні зміни Carcinoma in situ, включаючи дисплазію шийки матки CIN1, CIN2, CIN3, або пухлини, які гістологічно діагностовані як передракові; злоякісна меланома класу A1 (1 мм), відповідно до класифікації AJCC, 2002; захворювання шкіри наступних типів: гіперкератоз і базально-клітинна карцинома та плоскоклітинна карцинома, крім випадків, коли вона поширилася на інші органи; ракові захворювання на тлі вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ); рак передміхурової залози, який діагностовано гістологічно як такий, що є до T2N0M0 (включно) за класифікацією TNM або розвинувся до 6 балів (включно) за шкалою Глісона; хронічна лімфоцитарна лейкемія (С.L.L).

Не є страховим випадком та виключаються зі страхового покриття випадки: якщо Застрахована особа наражається на небезпеку під час виконання своїх професійних обов'язків, включаючи роботу з канцерогенними / токсичними речовинами або радіацією; якщо Застрахована особа вживає алкоголь у кількості більш ніж 7500 мл пива та / або 2500 мл вина і / або 500 мл міцних напоїв (≥ 40 градусів) на тиждень; якщо Застрахована особа викурює щодня більше 20 сигарет, включаючи сигари, електронні сигарети, нікотинову жувальну гумку/пластирі, трубковий/скручений тютюн або інші

замінники нікотину; якщо Застрахована особа страждає на захворювання, викликані СНІДом та іншими захворюваннями, пов'язаними з вірусом імунодефіциту людини; якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації протягом останніх 12 місяців (виключення становлять: апендектомія, стоматологічні операції, геморой, тонзилектомія, переривання вагітності, операція на венах); якщо на дату укладання Договору Страхувальнику / Застрахованій особі відомо про будь-які результати онкологічних або інших аналізів або медичних онкологічних висновків щодо Застрахованої особи, які вимагають подальшого обстеження (або лікування); якщо Застрахована особа страждає в даний час та страждала протягом останніх 10 років онкологічними захворюваннями, включаючи передракові пухлини, доброякісні або злоякісні пухлини шкіри (включаючи кісти, виразки або будь-які новоутворення), пухлини щитовидної залози, доброякісні або злоякісні пухлини карцинома та меланома in situ, рак крові/лейкемія; якщо у Застрахованої особи було діагностовано вірус папіломи людини, вірус Епштейна-Барр; якщо Застрахована особа страждає на захворювання крові та імунної системи, включаючи: анемію, проблеми зі згортанням крові, порушення імунної системи; виразковий коліт та хвороба Крона; якщо Застрахована особа піддавалась хірургічному втручанню та госпіталізації для трансплантації кісткового мозку; якщо Застрахована особа до дати або на дату укладення Договору проходила обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, або очікувала результатів діагностики.

Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

- Навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, вчинених у стані крайньої необхідності або необхідної оборони, або випадків, визначених законом чи міжнародними звичаями;
- Вчинення страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, 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 (особою, визначеною у договорі страхування або законодавством) про настання страхового випадку без поважних причин або невиконання інших обов'язків, визначених договором

		<p>страхування або законодавством, якщо це призвело до неможливості страховика встановити факт, причини та обставини настання страхового випадку або розмір заподіяної шкоди (збитків); створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ненадання, або надання в неповному об'ємі документів, що передбачені Договором; надання Страхувальником (Застрахованою особою) документів (медичних довідок), що не відповідають вимогам Договору. - У разі відмови Застрахованої особи від обстеження призначеного Страховиком/представником Страховика, лікарем після настання захворювання або не проходження обстеження у визначений Страховиком термін. - Якщо під час медичного обстеження (діагностики) за направленням Страховика/представника Страховика було виявлено та підтверджено висновком сертифікованого медичного фахівця у Застрахованої особи хронічні захворювання, та/або наслідки лікування, в тому числі медикаментозного лікування захворювань, та/або наслідки проведеного хірургічного втручання, що мали місце до дати укладення Договору страхування, та про які Застрахована особа не повідомила Страховика при укладенні Договору страхування; - У разі недопущення Застрахованою особою та її родичами лікарів - представників компанії Madanes Advanced Healthcare Services Ltd та/або Страховика - до нанесення візитів, а також до надання будь-яких довідок, необхідних для Страховика. Відмова Застрахованої особи в допущенні таких візитів буде розцінена Страховиком як створення нею перешкод для визначення обставин страхового випадку та/або розміру страхової виплати, в такому випадку Страховик матиме право відмовити у здійсненні страхової виплати. - Настання страхового випадку до укладення Договору або в неоплачений період (окрім застосування пільгових умов) або під час періоду очікування страхового випадку або до початку дії Договору; - Наявність обставин, які є винятками із страхових випадків та обмеженнями страхування, передбаченими договором страхування; - Наявність інших підстав, встановлених законодавством. <p>Рішення страховика про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено страхувальником у судовому порядку.</p>
8	<p>Ліміти відповідальності страховика за окремим об'єктом страхування, страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або</p>	<p>Програма «Стандарт»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вік застрахованої особи: від 1 до 18 років (включно): <ul style="list-style-type: none"> - ліміт виплати (річний) на трансплантацію кісткового мозку при лікуванні злоякісного новоутворення внаслідок лімфоми або лейкемії – 8 млн грн;

	страхових випадків (за наявності), іншими складовими страхового продукту	<p>- ліміт виплати (річний) на інші витрати згідно з Програмою – 2 млн грн.</p> <p>2. вік застрахованої особи: від 19 до 69 років (включно) в межах страхової суми.</p> <p>Програма «Еліт» - в межах страхової суми.</p>
9	Порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат	<p>Для підтвердження настання страхового випадку за Договором страхування Страхувальнику (Застрахованій особі) або його законному представнику необхідно надати документи, визначені договором страхування.</p> <p>Строк прийняття рішення Страховиком за випадком становить 10 (десять) робочих днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Договором. Протягом вказаного строку Страховик:</p> <p>приймає рішення про організацію медичної допомоги або про виплату та в термін не більше 14 (чотирнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення Асистуюча компанія організує та координує надання Застрахованій особі послуг, передбачених умовами Програми страхового продукту, та повідомляє Застрахованій особі про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування.</p> <p>Приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі/ Страхувальнику протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.</p> <p>Страхова виплата здійснюється:</p> <ul style="list-style-type: none"> - у разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком – безпосередньо Медичному закладу (напрямку або через Асистуючу компанію), в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика / Асистуючої компанії (в межах переліку послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми страхового продукту). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з договорами з такими Медичними закладами / Асистуючою компанією; - у випадку здійснення фіксованої виплати відповідно до умов Програми страхового продукту “Стандарт” страхова виплата здійснюється в безготівковій формі на банківський, в тому числі картковий, рахунок або через систему грошових переказів за реквізитами, вказаними в Заяві про здійснення страхової виплати.
10	Можливі наслідки для споживача в разі невиконання ним обов'язків, визначених договором страхування, включаючи несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних причин та	<p>За невиконання або неналежне виконання умов договору страхувальник несе відповідальність, передбачену законодавством.</p> <p>У випадках, зазначених в п. 7, невиконання обов'язків страхувальником може бути підставою для відмови у страховій виплаті.</p> <p>У випадку не сплати страхової премії до початку дії договору, договір вважається таким, що не укладений.</p>

	несвоєчасну сплату страхової премії або її наступної частини	У випадку несплати страхової премії до початку відповідного періоду страхування, страховий захист в такому періоді не діє (за виключенням пільгового періоду для сплати страхового платежу).
11	Інформацію про можливість придбати страховий продукт окремо, якщо такий продукт пропонується разом із супутнім та/або додатковим товаром, роботою або послугою, що не є страховою, як складова одного пакета або договору	Страховий продукт не є додатковим до інших товарів, робіт або послуг, що не є страховими. У зв'язку з укладенням договору відсутня необхідність отримання додаткових чи супутніх послуг страховика та/або третіх осіб, пов'язаних з отриманням фінансової послуги за договором.
12	Умови отримання знижки на страховий продукт та акційні пропозиції страховика (за наявності), включаючи терміни їх дії	-