



Затверджено
Рішенням Дирекції
ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ»
Протокол № 2/24 від 28.06.2024

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОКУМЕНТ ПРО СТАНДАРТНИЙ СТРАХОВИЙ ПРОДУКТ

«МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ» (код страхового продукту - ДМС)

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.

№з/п	Вид інформації	Інформація для заповнення Страховиком
1	2	3
1	1. Інформація про Страховика	
2	Найменування Страховика, код за Єдиним державним реєстром підприємств та організацій України	ТОВАРИСТВО З ДАДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ», 35392462
3	Дата видачі ліцензії на здійснення діяльності із страхування	дата видачі 29.04.2024 року; строк дії з 29.04.2024 року безстроково
4	Місцезнаходження страховика	02002, м Київ, вул. А. Шептицького 14, офіс 81
5	Адреса офіційного вебсайту страховика	https://exposk.com.ua/
6	2. Основні умови страхового продукту	
7	Клас страхування та опис страхового продукту	Клас страхування 2 «Страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування)», ризик у межах класу страхування – медичне страхування. Об'єктом страхування є - життя, здоров'я, працездатність Застрахованої особи. Страховий продукт передбачає обов'язок Страховика за визначену Договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування, у відповідності до вибраної Страхувальником Програми медичного страхування, у разі настання із Застрахованою особою події: гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку - шляхом відшкодування понесених витрат на отримання Застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, профілактично-оздоровчі, реабілітаційні послуги, забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому Договором страхування або шляхом оплати їх вартості.

		Укладання Договору страхування можливе з окремими фізичними особами або юридичними особами згідно якого передбачається укладання Договору страхування щодо колективу працівників Страхувальника або групи осіб. В цьому випадку Договір страхування укладається Страхувальником – юридичною особою про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини цих працівників. До Договору страхування додається список Застрахованих осіб, та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки ризику. Факт укладення цього Договору для Застрахованих осіб підтверджується номерною карткою медичного страхування та Програмою страхування.
8	Страхові ризики та обмеження страхування	Страхові ризики: ✓ Гостре захворювання; ✓ Загострення хронічного захворювання; ✓ Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку. За Договором страхування не можуть бути застраховані 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; - страждають на наступні захворювання, або якщо такі захворювання діагностувалися раніше: • туберкульоз легень та позалегеновий туберкульоз; • саркоїдоз, муковісцидоз; • онкологічні захворювання (злоякісні новоутворення) будь-якої локалізації, в тому числі злоякісні новоутворення лімфоїдної, кровотворної та споріднених їх тканин (лейкози, лімфогранульоматоз, лімфоми, мієломи 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 вузликовий 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; • імунodefіцити (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.
9	Територія та строк дії Договору страхування	Страхове покриття діє стосовно страхових випадків, що сталися в межах території дії Договору страхування, яка зазначена Сторонами в Договорі страхування. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика і Страхувальника від одного до дванадцяти місяців та зазначається в Договорі страхування. Якщо Договором страхування не передбачено інше, Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин (за київським часом) дня, вказаного у Договорі страхування як початок його дії, але не раніше надходження страхової премії чи її першої частини (у разі сплати страхової премії частинами) на рахунок Страховика, та закінчується о 24 годині 00 хвилин (за київським часом) дати, що зазначена в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування. Дія Договору страхування не поширюється на події, що мають ознаки страхового випадку, які настали до набрання чинності Договором страхування. Договір не діє на території України, що перебуває у тимчасовій окупації, та територіях, непідконтрольних офіційній українській владі, які визнані такими відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України» та Наказу Міністерства розвитку громад та територій № 376 від 28 лютого 2025 р. «Про затвердження Переліку територій, на яких ведуться (велися) бойові дії або тимчасово окупованих Російською Федерацією» зі змінами та доповненнями на момент події, що має ознаки страхового випадку, а у разі їх скасування – інших аналогічних нормативних актів чинного законодавства. У будь-якому разі дія Договору не поширюється на території, що офіційно оголошені зонами бойових дій, воєнних конфліктів, зонами, що підпадають під санкції ООН. Договором страхування може передбачатися можливість автоматичного продовження строку дії договору на наступний рік за умови, якщо сторони не пізніше, ніж за 15 днів до закінчення строку дії договору страхування, не заявили про зміну умов страхування і страхувальник сплатив страховий платіж за наступний строк страхування в термін, зазначений в договорі страхування для відповідного календарного року. Таке продовження дії договору страхування може відбуватися неодноразово.
10	Розмір страхової суми (ліміту відповідальності)	Страхова сума може встановлюватися у Договорі страхування за згодою Страховика та Страхувальника

		щодо окремої Застрахованої особи та/або за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків. В межах страхової суми в Договорі страхування можуть встановлюватися Ліміти відповідальності Страховика за окремим страховим ризиком та/або страховим випадком, групою страхових ризиків та/або страхових випадків, та/або на відшкодування окремих витрат. Страхові суми встановлюються в межах від 10 000 грн. до 3 000 000 грн. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування (надалі - Програми): «Соціальна», «Молодіжна», «Економ», «Стандарт», «Люкс», «Еліт», «VIP» «VIP+», які включають в собі різні варіанти та комбінації медичних послуг за напрямками: "Амбулаторно-поліклінічне лікування". Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару. "Стаціонарне лікування". Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) при стаціонарному лікуванні в відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. "Швидка та невідкладна медична допомога". Страховик гарантує оплату медичної допомоги, яка була надана Страхувальнику (Застрахованій особі) загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої та невідкладної медичної допомоги. "Стоматологічна допомога". Страховик гарантує оплату медичної допомоги та медичних послуг по стоматології, які були надані Страхувальнику (Застрахованій особі). На умовах кожної з зазначених вище Програм, Страховик гарантує оплату комплексної медичної допомоги або компенсацію медичних витрат Страхувальника, яка була надана Страхувальнику (Застрахованій особі) за напрямками "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стаціонарне лікування", "Швидка та невідкладна медична допомога", "Стоматологічна допомога" з різними лімітами відповідальності Страховика, зазначеними в Договорі страхування. Програми страхування можуть включати інші, додаткові напрями медичних послуг за згодою Сторін з погодженими в Договорі страхування лімітами та обмеженнями. Програми медичного страхування можуть передбачати забезпечення Страхувальника (Застраховану особу) необхідними для лікування медикаментами та засобами
--	--	---

		медичного призначення, з визначеними лімітами, якщо інше не обумовлено умовами Договору страхування. Програми страхування з встановленими лімітами та обмеженнями/виключеннями є додатками до Договору страхування. Договір страхування за узгодженням Сторін може передбачати власну участь Страхувальника (Застрахованої особи) в оплаті наданої медичної допомоги та наданих медичних послуг. В Договорі страхування за узгодженням Сторін може бути зафіксовано кількість днів лікування (певний період захворювання), за які Страховик не несе відповідальності при здійсненні страхової виплати. Для укладання Договору страхування Страхувальник за вимогою Страховика повинен надати інформацію, щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається Договір. В окремих випадках Страховик може вимагати медичного огляду особи, про страхування якої укладається Договір.
11	Франшиза	Можливе застосування безумовної франшизи, яка встановлюється у відсотках від страхової суми (страхової виплати) чи в абсолютному розмірі, та часової франшизи. Вид та розмір франшизи визначаються Сторонами у Договорі страхування. Мінімальний розмір франшизи – 0% страхової суми. Максимальний розмір франшизи - 75% страхової суми. При плановій госпіталізації в профільні відділення медичних закладів у зв'язку із гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або декомпенсацією хронічного захворювання Договором страхування може бути передбачена часова франшиза: 10, 15, 30 або 60 календарних днів з початку дії Договору. В такому випадку оплата лікування може бути передбачена у разі встановлення діагнозу із зазначеного в договорі дня.
12	Розмір страхової премії/ страхового тарифу	Розмір страхової премії (платежу) зазначається в договорі страхування. Розмір страхової премії залежить від: - варіанту наповнення Програми страхового продукту; - розміру страхової суми; - кількості днів страхового покриття; - віку Застрахованої особи; - території дії Договору страхування; - наявності (відсутності) франшизи; - кількості Застрахованих осіб за Договором страхування та інших факторів, що впливають на ризик. У випадку укладання Договору страхування Страхувальником-юридичною особою про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини

		цих працівників, сплата страхового платежу може здійснюватися Страхувальником-юридичною особою повністю або в частках: оплата частки страхового платежу за рахунок Страхувальника-юридичної особи та оплата частки страхового платежу за рахунок працівників Страхувальника або членів родини цих працівників. Конкретне співвідношення оплати часток страхового платежу визначається умовами Договору страхування. Мінімальний розмір страхової премії – 1 000 грн. Максимальний розмір страхової премії – 200 000 грн.
13	Порядок та строки сплати страхової премії	Порядок та строки сплати страхової премії визначаються у Договорі страхування: - 100% розміру річної страхової премії (одноразово при укладанні Договору страхування); - поквартальна оплата по 1/4 платежу річної страхової премії; - щомісячна оплата по 1/12 платежу річної страхової премії. За згодою Сторін, у Договорі страхування можуть бути зазначені інші варіанти порядку та строку сплати річної страхової премії.
14	Обов'язки Сторін	1. Страхувальник зобов'язаний: 1.1. Перед укладенням Договору страхування поінформувати Страховика (або страхового посередника, якщо Договір страхування укладається за участі страхового посередника) про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (визначення ймовірності та вірогідності настання страхового випадку і розміру можливих витрат/шкоди), та/або надати йому іншу інформацію (у тому числі про наявність страхового інтересу), що має істотне значення для прийняття Страховиком рішення про укладення Договору страхування, та/або про розмір страхової премії за Договором страхування і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. 1.2. Повідомити Страховику про наявність страхового інтересу, у тому числі стосовно Застрахованої особи та/або Вигодонабувача (в разі визначення такої особи у Договорі страхування). 1.3. Сплачувати страхову премію у порядку, розмірі та строки, передбачені умовами договору страхування. 1.4. Ознайомити Застраховану особу, Вигодонабувача з умовами Договору страхування (у тому числі з тими, що впливають на рішення Страховика стосовно визнання події страховим випадком та відмови у здійсненні страхової виплати); 1.5. Протягом дії Договору страхування 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 витрат/шкоди), та/або інших обставин,

		що впливають на розмір страхової премії за Договором страхування; 1.6. 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; 1.7. 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; 1.8. Надати Страховику документи та інформацію, передбачену Договором страхування, що стосуються страхового випадку та його наслідків; 1.9. Надати Страховику можливість розслідувати причини та обставини страхового випадку; 1.10. Повідомити Страховика та Вигодонабувача про інші діючі договори страхування відносно об'єкта страхування; 1.11. Інформувати страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, у порядку та строки, визначені договором страхування. 1.12. Належним чином виконувати умови Договору страхування та вживати заходів для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку та виконувати інші обов'язки, встановлені Договором страхування та законодавством України. 1.13. Не розголошувати відомості, що становлять таємницю страхування та стали відомі Страхувальнику у зв'язку з укладанням та виконанням цього Договору, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України; 1.14. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника. 2. Страховик зобов'язаний: 2.1. До укладення Договору страхування на підставі отриманої інформації від клієнта (Страхувальника) з'ясувати його потреби та вимоги у страхуванні; 2.2. 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; 2.3. Ознайомити Страхувальника з умовами та загальними умовами страхового продукту 2.4. У разі настання події, що має ознаки страхового випадку, встановити факт, причини та обставини такої події та прийняти з урахуванням умов договору страхування рішення про визнання або невизнання випадку страховим. 2.5. У разі настання страхового випадку:
--	--	--

		- вжити заходів по оформленню всіх необхідних документів для своєчасної страхової виплати; - при отриманні всіх необхідних та належним чином оформлених документів здійснити страхову виплату у передбачений договором строк, а також відшкодувати витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою/Вигодонабувачем для запобігання настанню страхового випадку та зменшення наслідків страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування, за умови їх документального підтвердження. У разі нездійснення страхової виплати відповідно до умов договору страхування страховик зобов'язаний сплатити неустойку (штраф, пеню) в розмірі, встановленому Договором страхування. 2.4. Видати дублікат втраченого договору страхування або нову картку медичного страхування у випадку її втрати, на підставі заяви Страхувальника або Застрахованої особи. 2.5. Не розголошувати відомостей про Страхувальника /Застраховану особу /Вигодонабувача, про їх майнове становище та забезпечити збереження інформації, що становить таємницю страхування, крім випадків, встановлених законом 2.6. Належним чином виконувати умови Договору страхування. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачувану зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно Договору страхування.
15	Підстави та порядок припинення дії договору	1. Дія Договору страхування припиняється та договір втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: 1.1. Закінчення строку дії Договору страхування. 1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником, Застрахованою особою (або Вигодонабувачем) у повному обсязі. 1.3. Несплати страхувальником страхової премії або чергової частини страхової премії у встановлений договором строк (у разі сплати страхової премії частинами). При цьому договір вважається достроково припиненим з 00 годин дня, наступного за встановленим у договорі страхування днем сплати чергової частини страхової премії, якщо інше не передбачено умовами договору. 1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи, за винятком випадків, передбачених ст. 100 Закону України «Про страхування». 1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України. 1.6. Набрання законної сили рішенням суду про визнання

		договору страхування недійсним. 1.7. В інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України. 2. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо інше не передбачено умовами такого договору. 2.1. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування. 2.2. 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 цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. 2.3. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає страхувальнику сплачену ним страхову премію повністю. 2.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертається повністю сплачена ним страхова премія. 2.5. 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 цього договору страхування, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. 3. Розмір витрат, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням договору страхування, складає 60% від страхової премії. 4.1. Страхувальник має право протягом 30 календарних днів з дня укладення Договору страхування відмовитися від такого Договору без пояснення причин, крім випадків, якщо повідомлено про настання події, що має ознаки страхового випадку, за цим Договором страхування. 4.2. Про намір відмовитися від Договору страхування Страхувальник повідомляє Страховика заявою у письмовій (електронній) формі та вказує банківські реквізити, на які Страховик має повернути сплачену Страхувальником страхову премію за таким Договором страхування. 4.3. У разі відмови Страхувальника від Договору страхування Страховик зобов'язаний повернути 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.
--	--	---

16	3. Здійснення страхових виплат	
17	Порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку	При виникненні події, що в подальшому може бути кваліфікована Страховиком як страховий випадок, Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження, відразу після настання страхового випадку, але не пізніше 3 (Трьох) робочих днів (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин (Застрахована особа знаходиться у непритомному стані тощо), звернутися до Страховика за номером телефону, що зазначений у Договорі страхування /Посвідченні Застрахованої особи (сертифікаті, полісі, свідоцтві, пластиковій картці медичного страхування), повідомити про подію та отримати інформацію щодо подальших дій. При зверненні до Страховика, Застрахованій особі необхідно надати лікарю-координатору Страховика / Асистуючій компанії наступну інформацію: • прізвище, ім'я та по батькові; • номер Договору страхування або Посвідчення Застрахованої особи (сертифікату, полісу, свідоцтва, пластикової картки медичного страхування тощо); • місце роботи Застрахованої особи; • причину звернення (детальний опис події); • контактний телефон, місцезнаходження. Вищевказане повідомлення може також здійснюватися у письмовій формі, засобами електронного зв'язку (електронною поштою, соціальними мережами), через мобільні додатки або сайт Страховика. Страховик/Асистуюча компанія проводить ідентифікацію Застрахованої особи, надає консультації, організовує консультацію у лікаря (в тому числі і будь-якими засобами зв'язку) та, у разі необхідності, направляє Застраховану особу у відповідний Медичний заклад, організовує надання невідкладної медичної допомоги. При цьому Застрахована особа зобов'язана виконувати інструкції Страховика/Асистуючої компанії. Застрахована особа обслуговується в медичних закладах, з якими співпрацює Асистуюча компанія, якщо інше не передбачено Договором страхування. Медична допомога (медичні послуги) за Договором страхування надаються Застрахованій особі при наявності документу, що посвідчує особу. Якщо умовами Договору страхування передбачена франшиза, Застрахована особа повинна оплатити частину вартості медичних послуг, що відповідає розміру франшизи. У виключних випадках (коли медичний/аптечний заклад не має можливості співпрацювати за схемою із застосуванням франшизи), Страховик має право вимагати від Застрахованої особи повної оплати вартості медичних послуг, для яких передбачена франшиза. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат на умовах, визначених даним

		Договором, з урахуванням розміру франшизи. В будь-якому випадку порядок оплати послуг узгоджується зі Страховиком та/або Асистуючою компанією до надання таких послуг. Застрахована особа в екстрених випадках має право самостійно (без попереднього повідомлення та узгодження зі Страховиком /Асистуючою компанією звернутися за отриманням екстреної медичної допомоги в будь-який медичний заклад з правом подальшого отримання страхової виплати лише у випадках надання екстреної медичної допомоги (при станах, які загрожують життю). Факт надання екстреної медичної допомоги повинен бути зафіксований у відповідній медичній документації. В такому випадку, повідомлення про подію, що може бути визнана страховим випадком передається Страховику у відповідності до умов Договору не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту отримання екстреної медичної допомоги або відразу, як тільки це стане можливим. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо. У випадку відсутності в місці перебування Застрахованої особи медичних закладів, з якими співпрацює Асистуюча компанія, Застрахована особа може самостійно організувати та оплатити медичні послуги, про що вона попереджає Страховика/ Асистуючу компанію за телефоном бо іншим зручним засобом зв'язку. В таких випадках страхова виплата буде здійснюватися шляхом відшкодування витрат Застрахованої особи на умовах, визначених Договором страхування. 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).
18	Порядок здійснення страхових виплат	Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом: 1) здійснення страхової виплати Медичним закладам, які надавали медичні та інші послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку або 2) відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медичних та/або інших послуг в разі настання страхового випадку, відповідно до заяви такої Застрахованої особи (або Вигодонабувача). Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг Застрахованою особою та їх вартість. Розмір страхової виплати визначається, виходячи з розміру фактичних витрат на медико-санітарну та іншу допомогу Застрахованій особі, попередньо погоджених зі Страховиком/Асистуючою компанією.

		Розмір страхової виплати не може перевищувати страхову суму, та ліміти по окремим видам медичної допомоги, медичних та інших послуг, встановлених Договором страхування для цієї Застрахованої особи. Підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на підставі належним чином оформлених документів, наданих: 1. Медичними закладами/установами, зокрема: а) оригіналів чи належним чином завірених копій: листків непрацездатності, довідок, виписок з амбулаторних карток, виписок з історій хвороб, консультативних висновків, рецептів, направлень, тощо; б) актів виконаних робіт (щодо наданих Застрахованим особам медичних послуг), калькуляцій, розрахунків, тощо; в) рахунку-фактури за надані медичні послуги згідно акту виконаних робіт. 2. Аптечними закладами, зокрема: а) оригіналів чи належним чином завірених копій: заявок на отримання медикаментів (на бланку за зразком Страховика); б) актів виконаних робіт (щодо відпущених Застрахованим особам медикаментів та витратних медичних матеріалів), калькуляцій, розрахунків, тощо; в) рахунку-фактури за надані медичні послуги згідно акту виконаних робіт. 3. Асистанською компанією, для оплати закладам охорони здоров'я, зокрема: а) актів виконаних робіт та звітів (за формами, визначеними відповідним договором доручення); б) рахунку-фактури згідно акту виконаних робіт; в) документів в складі акту виконаних робіт. 4. Інших документів на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазначеного збитку. У випадку, якщо за одним страховим випадком подаються документи на відшкодування витрат і виробника (надавача) МСД, і Застрахованої особи, Страховик спочатку на підставі необхідних документів виробника (надавача) МСД, приймає рішення про оплату вартості МСД, а після цього, на підставі заяви та документів Застрахованої особи приймає рішення про відшкодування витрат Застрахованої особи в сумі в межах залишку ліміту відповідальності по цьому страховому випадку. Загальна сума виплат за декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати обсяг зобов'язань Страховика, визначених Договором страхування щодо такої Застрахованої особи. 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.
--	--	--

		Страховик здійснює страхову виплату у строк, визначений Договором страхування.
19	Винятки із страхових випадків та підстави для відмови у страховій виплаті	1. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, яке відбулося внаслідок та/або під час наступних подій: • вчинення Страхувальником/Застрахованою особою протиправних, навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку; • навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) шкоди своєму здоров'ю, зокрема спроби самогубства, відмовою від лікування, створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу, недотриманням призначень медичного персоналу та/або лікувального режиму; • свідомого невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) призначень лікаря і створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу; • вживання алкоголю та/або наркотичних та/або токсичних речовин та/або ліків, не призначених лікарем; • самолікування, або лікування у ЛПЗ та/або окремих лікарів, що не мають ліцензії на медичну діяльність, або що здійснювалось без погодження зі Страховиком чи його офіційним представником; • служби у Збройних силах України та/або роботи в правоохоронних структурах та/або у пожежних чи охоронних структурах; • особливого, надзвичайного або військового стану, громадянської війни, військового вторгнення, дій іноземних ворогів, будь-яких громадських заворушень та/або порушень громадського порядку та/або терористичних актів; • хімічного та/або бактеріологічного та/або радіаційного забруднення навколишнього середовища; • польотів у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа перебуває на борту як пасажир у цивільному авіатранспорті, власник якого мав ліцензію на пасажирські перевезення. 2. Отримання Застрахованою особою медичних послуг поза обумовленої цим Договором території його дії та/або в медичних закладах, не передбачених Програмою страхування без погодження з Страховиком. 3. Будь-яке захворювання або його наслідки, яке було діагностовано у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування та інформацію про яке Страхувальник/Застрахована особа не повідомив/ла або навмисно спотворив/ла у декларації про стан здоров'я. 4. Винятками з страхових випадків є наступні захворювання та/або стани Застрахованої особи: • хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії та/або загострення хронічного захворювання та/або гостре захворювання та/або ускладнення захворювання, яке виникло до початку дії цього Договору (незалежно від діагностування), крім випадків виникнення загострення під час дії Договору тих хронічних захворювань, що виникли до його укладення; • професійні захворювання;

		• психічні захворювання та їх наслідки, пограничні стани, психологічні розлади; • вроджені аномалії, вади, спадкові захворювання, хромосомні аномалії, деформації, пороки, вади та дефекти розвитку, станів та відхилень від норми; • венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом; • ВІЛ-інфікування, СНІД та погіршення стану здоров'я пов'язані із ВІЛ-інфікуванням; особливо небезпечні інфекції; • вагітність та погіршення стану здоров'я, спричинене вагітністю, штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями); • чоловіче чи жіноче безпліддя та будь-які заходи щодо регулювання народжуваності та/або порушень статевої функції; • оперативні втручання та лікування, пов'язані зі зміною статі; • лікування захворювань та станів, що потребує замісної гормональної терапії та/або препаратів для постійного та тривалого прийому, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги; • будь-які хронічні захворювання в стадії декомпенсації; • захворювання крові; • системні захворювання сполучної тканини; • хронічна ниркова недостатність, яка потребує проведення гемодіалізу; • гепатити, цирози печінки; • хронічні дерматози (псоріаз, нейродерміт, екзема, вітиліго, інші); • мікози шкіри і внутрішніх органів; • цукровий діабет (як основне, так і супутнє захворювання); • муковісцидоз, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку; • туберкульоз; • новоутворення; • хвороби ока та його придаткового апарату, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги; • захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексних карантинних заходів; стани, які супроводжуються бактеріо- чи вірусоносійством без наявності клінічних ознак захворювання, в тому числі синдром хронічної втоми; • пародонтоз, гінгівіт, естетичне, профілактичне стоматологічне лікування, протезування (якщо інше не передбачено Договором та Програмою страхування); 5. Страховик не покриває та не відшкодовує витрати пов'язані з: • отриманням медичних послуг без погодження зі Страховиком чи його уповноваженим представником та/або не передбачених Програмою страхування та/або після закінчення строку дії цього Договору, в тому числі при достроковому припиненні його дії; • трансплантацією органів та тканин, окрім випадків алло-ауто-трансплантації шкіри за життєвими показаннями
--	--	---

		при опіковій хворобі; • плановим оперативним втручанням із застосуванням апарату штучного кровообігу; • проведенням пластичних, косметичних та естетичних оперативних втручань, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасних випадків; коригуванням маси або хірургічним лікуванням ожиріння; • використанням і підбором коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів і т. ін.), протезуванням (в тому числі стоматологічним); • оплатою допоміжних засобів: милиць, інвалідних колясок тощо; • використанням методів нетрадиційної медицини (фітотерапії, гомеопатії, лікування біологічно активними добавками, акупунктури, гідро-процедур, діагностики та лікування за методом Фоля/Накатані, мікрохвильової/інформаційної терапії, еферентних методів, гіпнозу, тощо); • експериментальним лікуванням; • медичною реабілітацією, що продовжується після 10-го дня від початку реабілітаційного курсу; • забезпеченням індивідуального дієтичного/посиленого харчування та/або поліпшених побутових умов під час перебування в лікувальному закладі; • санаторно-курортним лікуванням; • необґрунтованою госпіталізацією Застрахованої особи у стаціонар; • медичним обстеженням без погіршення стану здоров'я (медкомісія водіїв, допризовників і призовників, для отримання дозволу на носіння зброї і таке інше). • діями Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (наприклад керування транспортним засобом без відповідних прав, або недотримання правил безпеки на виробництві, що призвело до нещасного випадку на підприємстві, виплата в даному випадку проводиться згідно Постанові ФСС від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України від 27.04.2007 № 24, п. 2.3.); • діями невласливих щоденній життєвій та професійній діяльності Застрахованої особи, в тому числі заняття небезпечними видами спорту: альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, автоспортом, кінним спортом, парашутним спортом, дайвінгом та т.п. • витратами на стоматологію, якщо інше не передбачено програмою страхування; • витратами на щелепо-лицьову хірургію, окрім гострий гнійних процесів, а також нещасних випадків; • витратами на оперативну офтальмологію, окрім нещасних випадків, якщо інше не передбачено програмою страхування. • жінками з терміном вагітності понад 8 (вісім) тижнів (Договір страхування припиняє свою дію стосовно таких Застрахованих осіб); • захворюваннями органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, сексуальної
--	--	--

		дисфункції, простатити (окрім гострого неспецифічного), імпотенції, штучне запліднення, запобігання вагітності, послуг з планування сім'ї, стерилізації, лікування та діагностики TORCH інфекцій, проведення абортів без медичних показань, полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому, гіперандрогенії, фіброаденоматоз, гіперпролактинемії, мастопатії, ендометріозу; лікування препаратами-аналогами гонадотропін-рилізінг-гормону («Золадекс», «Диферелін» тощо); використання гормональної спіралі типу «Мірена») та підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС); • захворюваннями ендокринної патології, в т.ч. цукровий діабет, окрім вперше виявлений у житті Застрахованої особи в період дії Договору страхування, коли оплачується перший курс лікування в стаціонарному відділенні тривалістю до 10 (десяти) діб, а також невідкладні стани (гіпоглікемічних та гіперглікемічних ком, тиреоїдної коми і таке інше); не є страховим випадком комплексне лікування захворювань та станів, що потребують коригуючої терапії (антитиреоїдна (мерказоліл) та ін.), замісної гормональної терапії (в т.ч. використання інсулінів), якщо це не передбачено програмою; • злоякісними захворюваннями, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин, крім випадків вперше виявленого захворювання у житті Застрахованої особи під час дії цього Договору, коли оплачується перший курс оперативного лікування (а саме оперативне втручання) в межах встановлених лімітів згідно Програми страхування; • консервативним та оперативним лікуванням доброякісних пухлин (у тому числі аденома простати), окрім невідкладних станів (якщо інше не передбачено Програмою страхування); • лікуванням вроджених аномалій та вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань та станів; • оперативним втручанням на щитовидній залозі, окрім злоякісних утворень, які виникли під час дії цього Договору; • лікуванням променевої хвороби; • лікуванням гострих та хронічних захворювань крові та органів кровотворення, окрім гострої крововтрати; • лікуванням туберкульозу у випадку діагностування захворювання до дати укладання Договору (за винятком вартості оперативного лікування захворювання, що було діагностовано у період дії Договору, відповідно лімітам Програми страхування); • лікуванням системних захворювань сполучної тканини, аутоімунних захворювань, хронічних аутоімуннихартропатій та спондилопатій (Хвороба Бехтерева та ін.), ревматизму, ревматоїдного артриту, синдрому хронічної втоми, імунodefіциту; хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, саркоїдозу, амілоїдозу, лікування та діагностики персистуючих інфекцій (наприклад: HerpesZoster, HerpesLabialis та інше); • діагностикою та лікуванням вікових та хронічних дегенеративно-дистрофічних змін і захворювань та їх ускладнень, що призводять до стійкого порушення функцій руху (деформуючого остеоартрозу, остеопорозу, остеохондрозу, окрім препаратів для купування гострого
--	--	---

		больового синдрому), енцефалопатії, подагри, сколіозу, плоскостопості, якщо інше не передбачено програмою страхування; • лікуванням вроджених інфекційних захворювань; • діагностикою та безпосередньо лікуванням класичних венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз), інфекцій, що передаються статевим шляхом (гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз, та інші), з переважним ураженням статевих органів, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, ВІЛ (СНІД); • діагностикою (за винятком первинної одноразової якісної) та лікуванням хронічних гепатитів, цирозів печінки, гепатозів та гострих форм інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А при стаціонарному лікуванні в рамках ліміту, передбаченого програмою страхування); • лікуванням хронічних захворювань ЛОР-органів поза стадією загострення, а також лікування кіст ППН, поліпів ЛОР-органів, викривлень носової перетинки, хронічних ринітів, тонзилектомії і таке інше, якщо інше не передбачено програмою страхування; • лікуванням захворювань, що мають характер епідемій та пандемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів; • лікуванням набутого імунodefіциту та порушення імунітету; • лікуванням розсіяного склерозу; • лікуванням та діагностикою грибкових захворювань шкіри та внутрішніх органів, псоріазу, екземи, дифузного випадіння волосся, себореюного дерматиту, демодекозу, оніходистрофії, педикюльозу, гіперкератозів, контагіозного моллюску, корости, вугрової хвороби, вітіліго, гельмінтозів, паразитарних захворювань, в тому числі інвазійних хвороб шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскаридоз та ін.), рожевий лишай Жебера; • лікуванням стійких наслідків раніше перенесених травм і захворювань (ОНМК, ЧМТ, інсульт), стійких залишкових змін внаслідок органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного і спинного мозку, периферійної нервової системи; • лікуванням нервово-м'язових захворювань, спадкових мієлінопатій та демієлінізуючих захворювань, окрім випадків, коли йде мова про надання невідкладної медичної допомоги для врятування життя Застрахованої особи; • оплатою штучного водія ритму, клапана та інших імплантатів при захворюваннях серця, судин, нервової та опорно-рухової систем; • лікуванням хронічних варикозних хвороб і хронічного тромбофлебіту нижніх кінцівок поза стадією загострення (в тому числі оперативні втручання), геморою (в тому числі оперативні втручання, окрім випадків гострої кровотечі); • лікуванням ендогенних психічних захворювань, лікуванням алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також
--	--	---

		стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, незалежно від термінів виявлення, а також діагностики вмісту алкоголю або наркотиків в біосредах; • лікуванням психічних розладів та розладів поведінки; порушення мови; епілепсії, в т.ч. посттравматичної; корекції психоемоційних порушень; неврозів та неврозоподібних станів; синдрому Паркінсона, розладів сну; • витратами на косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. для герніопластика кил (окрім медикаментів на оперування у випадках ущемлення), ринопластика тощо), операції по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад та дефектів, корекцію ваги, видалення колоїдних рубців, якщо інше не передбачено програмою страхування; • оперативним втручанням, пов'язаного з пересадкою органів, їх пошуком, доставкою, оплатою донорів, планових операцій із застосуванням апарату штучного кровообігу (аорто-коронарне шунтування та інше), протезуванням, ендопротезуванням та імплантацією; • всіма видами нетрадиційних методів лікування; • лікуванням інфекційних захворювань, інкубаційний період яких не закінчився до моменту укладання Договору; • лікуванням професійних захворювань, відповідно до висновку уповноваженого медичного закладу відповідно до переліку професійних хвороб, затвердженого КМУ; • захворюваннями, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища; • лікуванням специфічної імунотерапії алергічних захворювань; генетичного тестування та аналізу поліморфізму генів, лікування, яке спрямовано на корекцію імунітету; дослідження імунологічної панелі (алергоскринінг, алергологічні панелі), дослідження на ліпідограму; • лікуванням аліментарно-конституціонального ожиріння та метаболічного синдрому, в тому числі зміна ваги, модифікація людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в тому числі хірургічна зміна статі; • лікуванням захворювань та станів, що мають в основі алергічний компонент (алергічний риніт, медикаментозний дерматит, токсикодермія.), окрім станів набряку Квінке та анафілактичного шоку. 6. Страховик не відшкодовує Застрахованій особі, якщо інше прямо не вказано у Програмі страхування, витрати на: • медикаменти не призначені лікарем, а також ліки, придбані поза аптечною мережею України або не зареєстровані Міністерством охорони здоров'я України; • біологічно активні добавки, стимулятори загальної дії, ензими загальної дії, про- та еубіотики, бактеріофаги, фітопрепарати, гомеопатичні, імуностимулятори, ноотропи, вітамінно-мінеральні комплекси, адаптогени, загальнозміцнюючі засоби, препарати які запобігають
--	--	--

		каменеутворенню, поліферменти, протигрибкові препарати, плазмозамінники та колоїдні розчини, окрім випадків їх входження до стандарту лікування, протипаразитарні засоби, засоби догляду, косметологічні засоби, дезінфікуючі засоби, препарати, які оподатковуються ПДВ, препарати хондропротекторної дії, біфосфонати та інші препарати, що впливають на структуру і мінералізацію кісток, препарати інгібітори фактору некрозу пухлин, моноклональні антитіла, препарати, що знижують рівень ліпідів в крові, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів; вітаміни, гепатопротектори, окрім випадків коли вони входять до стандартів лікування, якщо інше не передбачено програмою страхування; • медичні лікувальні та діагностичні прилади, засоби медичного призначення, в тому числі: шовний матеріал, гемостатичні губки та тампони, катетери, дихальні фільтри, пристрої, медичне обладнання, та витратні матеріали до них, в тому числі призначені з метою заміни та/або корегування функцій уражених органів (стенти, шунти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, комір Шанця, бандаж, еластичні бинти, резорбтивні болти, протези, ортези, фіксатори зубних протезів; фіксатори та обладнання для остеосинтезу), скоби для степлера, ендоскопічні стійки, апарати для зшивання кишківника, набори для коронарографії, петлі для поліпектомій. та ін.), медичний інструментарій (окрім шприців, крапельниць), а також одноразових хірургічних матеріалів, що необхідні для проведення хірургічного втручання). • відшкодування вартості двох і більше аналогічних за хімічним складом препаратів (окрім випадків, коли 1 (один) препарат місцевої, а 2 (другий) препарат загальної дії застосовується в умовах стаціонару), відшкодування двох препаратів аналогічних за механізмом дії, двох препаратів, направлених на один симптом, а також препаратів, призначених с метою профілактики, протиалергійних препаратів; • покриття повторних медичних обстежень Застрахованої особи, або придбання за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних медичних показань (за відсутності призначення лікаря, що лікує); • профілактичне та/або реабілітаційне лікування, лікування наслідків раніше перенесених захворювань, мануальну терапію або лікувальний масаж, косметичний та оздоровчий масаж, фізіотерапевтичні процедури, а також засоби для них, якщо це не передбачено програмою страхування в межах встановлених лімітів; • захворювань чи наслідків травм, по яких встановлено групу інвалідності, медикаментозне забезпечення терапії даних захворювань; • застосування екстракорпоральних методів лікування: - плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, плазмофільтрація; - озонотерапія, аутогемотерапія, кисневі коктейлі з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньо-судинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера та ін.; • лікування та діагностику що не відповідають чинним
--	--	---

		стандартам протоколів діагностики, лікування, рекомендованих та затверджених Міністерством охорони здоров'я України; • лікування хронічного захворювання в стадії ремісії; • діагностику та лікування захворювань після постановки кінцевого діагнозу, що відноситься до переліку виключень; • сплачені рахунки на благодійні внески, внесків до благодійних фондів, лікарняних кас, інших страхових компаній. 7. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку. 8. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України. Вичерпний перелік винятків із страхових випадків та обмеження страхування, на які не поширюється дія страхового захисту зазначається Сторонами у Договорі страхування.
20	4. Інша інформація	
21	Форма договору страхування	Договір може бути укладений: - у формі електронного документа; - у паперовій формі.
22	Канал (и) реалізації страхового продукту	Продукт реалізується страховими посередниками та штатними працівниками Страховика. Головний офіс https://exposk.com.ua/contacts/contact.html; Відокремлені підрозділи компанії. https://exposk.com.ua/contacts/contact-reg.html; Страхові агенти згідно Реєстру зазначеному на сайті Страховика https://exposk.com.ua/about/partners.html.
23	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.
24	Посилання на документи, в яких міститься повна інформація про стандартний страховий продукт	Загальні умови страхового продукту «Медичне страхування» (код страхового продукту - ДМС) https://exposk.com.ua/insuranceprodukts/prog04.html