

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Голова Правління
Приватного акціонерного товариства
«Військово-страхова компанія»



**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.
(БЕЗПЕРЕВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

м. Київ - 2011р.

ЗМІСТ

ГЛОСАРІЙ.....	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	4
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	5
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	5
4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	7
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ ТА ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ.....	9
6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	10
7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	12
8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	12
9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.....	14
10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	15
11. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	15
Додаток № 1.....	17
Додаток № 2.....	20

ГЛОСАРІЙ

АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ – компанія, яка згідно з чинним законодавством має право надавати послуги з організації медичної та іншої допомоги Застрахованим особам та яка має із Страховиком договірні стосунки на підставі угод, договорів, контрактів.

ВИГОДОНАБУВАЧ – юридична або фізична особа, яка призначена Страхувальником при укладанні Договору страхування за згодою Застрахованої особи для отримання Страхових виплат. У разі, якщо Вигодонабувача не призначено, то Вигодонабувачем признаються спадкоємці Застрахованої особи у відповідності до Закону. Заміна Вигодонабувача за Договором страхування можлива до настання Страхового випадку (якщо інше не передбачено Договором страхування) та за умови згоди Застрахованої особи.

ДОВІРЕНИЙ ЛІКАР СТРАХОВИКА – особа, дипломована у встановленому чинним законодавством України порядку, яка перебуває у трудових\договірних відносинах із медичним закладом, в якому Застрахована особа може одержувати медико-санітарну та іншу допомогу відповідно до умов Договору страхування, або зі Страховиком, Асистуючою компанією.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ (ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, ДОГОВІР ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ) – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні Страхового випадку здійснити виплату, повністю чи частково компенсувати Застрахованій особі її витрати на медичні послуги (інші додаткові послуги, передбачені умовами договору страхування) у межах, обсязі та на базі медичних закладів у відповідності до Договору страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені Договором страхування строки та виконувати інші умови Договору страхування.

ЗАКОН - в цих Правилах розуміється Закон України «Про страхування», у відповідності до якого складені ці Правила та укладаються Договори страхування.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – дієздатна фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування, якщо інше ним не передбачено. Застрахованими особами можуть бути Страхувальники, працівники Страхувальника, члени їх сімей та інші визначені у Договорі страхування фізичні особи. Страховик має право передбачити обмеження щодо окремих категорій Застрахованих осіб.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА – максимальний розмір Страхової виплати в межах загальної Страхової суми, який встановлюється Страховиком згідно із умовами Договору страхування (Програмами медичного страхування). Ліміт відповідальності може бути встановлено за окремими медичними (іншими) послугами, Програмами медичного страхування, Страховим випадком тощо.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА – консультаційна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інші види медичної допомоги, що надаються медичним або іншим закладом.

МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД – лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності (надання послуг) і з якими Страховиком чи Асистуючою компанією укладені договори про надання Застрахованим особам медичної та іншої допомоги, послуг, визначеного обсягу і якості у відповідності до укладених договорів добровільного медичного страхування.

До Медичних закладів відповідно до цих Правил відносяться також приватно практикуючі лікарі, що мають ліцензії (в передбачених законодавством випадках) на право здійснення медичної діяльності.

ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ) – умови Договору страхування, які містять перелік видів медичної допомоги, інших послуг; розміри Страхових сум, Лімітів відповідальності Страховика та тарифів за видами медичної допомоги, інших послуг, передбачених умовами договору страхування, оплату вартості яких гарантує Страховик згідно з Договором страхування.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК – подія, що має ознаки вірогідності та ймовірності настання, передбачувана Договором страхування, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату (компенсувати вартість необхідного лікування) Страхувальному (Застрахованій особі).

СТРАХОВА ВИПЛАТА – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні Страхового випадку.

Страхова сума може бути встановлена по окремому Страховому випадку, групі Страхових випадків, Договору страхування у цілому.

СТРАХОВИЙ ПЛАТИЖ (СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, СТРАХОВА ПРЕМІЯ) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

СТРАХОВИЙ ПОЛІС (СВІДОЦТВО, СЕРТИФІКАТ) – документ, що є формою Договору страхування і який посвідчує факт укладання Договору страхування.

СТРАХОВИЙ РИЗИК – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхового внеску з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

СТРАХОВИК - юридична особа, створена відповідно до Закону України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», а також яка отримала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. У відповідності до цих Правил, Страховиком є Приватне акціонерне товариство «Військово-страхова компанія», яка має ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я).

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа чи дієздатна фізична особа, що укладає Договір страхування зі Страховиком. Страхувальники-юридичні особи – укладають Договори страхування фізичних осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Страхувальники-фізичні особи – укладають Договори страхування відносно себе або відносно третьої особи лише за її згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

ФРАНШИЗА – частина збитку, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Приватне акціонерне товариство «Військово-страхова компанія» (далі по тексту – Страховик) укладає з юридичними особами та дієздатними фізичними особами у віці від 18 років до 70 років (далі по тексту – Страхувальники) Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) громадян, у відповідності до яких гарантує надання Застрахованим особам медичних (інших) послуг або компенсацію витрат Застрахованої особи на оплату отриманих нею медичних (інших) послуг, у межах та обсязі, передбачених Договором медичного страхування (Програмою медичного страхування).

1.2. Страхувальник може укладати Договори медичного страхування відносно себе або третіх осіб – Застрахованих осіб, лише за їх згодою. У разі, якщо Застрахована особа неповнолітня (віком від 1-го до 18 років, крім випадків, коли вона набуває дієздатності до 18 років відповідно до вимог цивільного законодавства України), то згоду на її страхування виявляють батьки, опікуни/піклувальники або усиновлювачі. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором медичного страхування. У разі, коли Договір медичного страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Обмеження страхування:

Не укладаються Договори медичного страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору медичного страхування, щодо громадян, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкір-венерологічних диспансерах; центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; які перенесли інфаркт міокарда; які страждають на гострі порушення мозкового кровообігу, їх наслідки; хронічну ниркову недостатність; захворювання крові та кровотворної системи; інвалідів I -II груп.

1.4. З метою виконання зобов'язань Страховика перед Страхувальником (Застрахованою особою) Страховик може укладати з медичними закладами або Асистуючими компаніями договори

про надання Застрахованим особам медичних, оздоровчих послуг, лікарської допомоги, медикаментозного забезпечення та інших послуг, передбачених умовами договору страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать Закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначені Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

Добровільне медичне страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (Страховий внесок, Страховий платіж, Страхову премію) здійснити Страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі Страхової суми або її частини шляхом:

- оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі за кладами охорони здоров'я, до яких вона звернулась під час дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;
- відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

2.2. Загальний (але не обмежений) перелік медичної допомоги, яка може надаватися у відповідності до умов Договору страхування (Програми страхування) і, у разі настання Страхового випадку, буде здійснюватися Страхова виплата шляхом оплати вартості наданої медичної допомоги (із зазначеного нижче переліку послуг):

- 2.2.1. діагностика захворювань;
- 2.2.2. консультативна медична допомога;
- 2.2.3. поліклінічне обстеження та лікування;
- 2.2.4. стаціонарне лікування та організація стаціонару вдома у Застрахованої особи;
- 2.2.5. швидка медична допомога;
- 2.2.6. невідкладна медична допомога та госпіталізація;
- 2.2.7. диспансеризація;
- 2.2.8. лікувальна гімнастика, корекція осанки, лікувальний масаж тощо;
- 2.2.9. медикаментозне забезпечення;
- 2.2.10. обстеження з метою виявлення професійних захворювань;
- 2.2.11. санаторно-курортне лікування (за призначенням лікаря, як продовження амбулаторно-поліклінічного або стаціонарного лікування);
- 2.2.12. проведення щеплення;
- 2.2.13. стоматологічна допомога, протезування, ортодонтія;
- 2.2.14. хірургічні операції;
- 2.2.15. додаткові послуги, передбачені умовами договору страхування.

2.3. При укладанні Договору страхування, Страхувальник може обрати усі чи деякі із послуг, зазначених у п. 2.2.1.- п.2.2.15 цих Правил; доповнити, обмежити, змінити наведені у п. 2.2.1.- п. 2.2.15 цих Правил переліки, або застрахувати предмет Договору страхування від конкретних ризиків, що зазначається в конкретному Договорі страхування.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховий випадок – подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату.

3.2. Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй медичної допомоги, межі і об'єм якої передбачені Договором страхування.

3.3. Страховим випадком, відповідно до цих Правил, є звернення Застрахованої особи до медичного закладу, передбаченого Договором страхування, або запропонованого Асистуючою

компанією (якщо у Договорі визначено, що медична допомога здійснюється через таку компанію), з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, опіку чи інших наслідків дії зовнішніх чинників, за отриманням медичної допомоги, у межах та об'ємі, передбачених Договором страхування (Програмою медичного страхування).

3.4. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до Медичного закладу у зв'язку із:

3.4.1. хворобою (у тому числі отруєнням) або травматичним ушкодженням, що є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю або його сурогатів (спиртів, спиртовмісних технічних рідин, розчинників, кислот та інше); наркотичних, токсичних речовин; медичних препаратів, прийнятих без призначення лікаря з метою або у стані сп'яніння – за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами;

3.4.2. спадковими захворюваннями, вродженими аномаліями та вадами розвитку;

3.4.3. гострими та хронічними променевими ураженнями;

3.4.4. психічними захворюваннями та їх ускладненнями;

3.4.5. захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, що потребують введення комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ);

3.4.6. хронічними захворюваннями, які було діагностовано до укладання Договору страхування, за винятком випадків загострення хронічного захворювання. У разі загострення хронічного захворювання сплачуються лише витрати за екстрену допомогу, необхідну для рятування життя Застрахованої особи;

3.4.7. Лікування, що має характер експериментального (апробація нових методик, ліків) або дослідницьке;

3.4.8. хворобами, пов'язаними із стихійними лихами;

3.4.9. хворобою або травмою, яка є наслідком:

а) замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями (офіційно підтвердженими) третіх осіб;

б) вчинення Застрахованою особою протиправних дій;

в) військових дій будь-якого роду та їх наслідків, тероризму, акту агресії, громадського безладу, різного роду громадських заворушень та страйків, заколоту, революції, повстань;

г) ядерного вибуху, впливу радіації або радіаційного забруднення;

д) навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (у тому числі у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння).

3.5. Страховик не оплачує (крім випадків, які включені на особливих умовах до Договору страхування) надання медичної допомоги у зв'язку із:

3.5.1. венеричними захворюваннями (сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкройд, пацюкова гранулема, трихомоніаз, гарднорели, уреоплазма, мікоплазма, аogenітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом) та СНІД, незалежно від термінів виявлення;

3.5.2. лікуванням безпліддя (первинного та вторинного) у чоловіків та жінок, штучним заплідненням, сексуальними порушеннями;

3.5.3. лікуванням та діагностикою, необхідність яких пов'язана із вагітністю та пологами, крім станів, що загрожують життю Застрахованої особи (у тому числі, у разі позаматкової вагітності);

3.5.4. штучним перериванням вагітності (за винятком випадків, коли це необхідно за медичним призначеннями);

3.5.5. особливо небезпечними інфекціями та їх наслідками (віспа, чума, холера, сибірська виразка та ін.), що потребують проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

3.5.6. лікуванням епілепсії;

3.5.7. вродженими аномаліями та вадами розвитку, спадковими та генетичними захворюваннями;

3.5.8. лікуванням будь-яких дерматологічних захворювань (дерматомікозів, псоріазу, мікозів, оніхомікозів, екземи, себореї будь-якого типу, вугрової хвороби, демодекозу, корости, педику-

льозу, алопеції, контагіозного молюску, вітіліго та ін.);

3.5.9. лікуванням сонячних опіків;

3.5.10. лікуванням алергій, за виключенням станів, що супроводжуються інтоксикацією або набряком дихальних шляхів;

3.5.11. косметичною медициною; усуненням косметичних дефектів; хворобами, пов'язаними з пластичними операціями, ускладненнями і наслідками, що є результатом такого хірургічного втручання (крім випадків, коли пластичні операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків, тощо, які сталися в період дії Договору страхування);

3.5.12. оперативним втручанням, яке пов'язане з трансплантацією органів і тканин;

3.5.13. отриманням Застрахованою особою послуг в медичних закладах, що не мають відповідної ліцензії, або послуг, наданих особами, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсами, магами, шаманами тощо;

3.5.14. хворобами, які є наслідком вживання ліків без призначення лікаря, невиконання його призначенень і рекомендацій; лікуванням ускладнень або побічної дії лікарських засобів та харчових добавок;

3.5.15. наслідками управління Застрахованою особою будь-якими повітряними суднами, апаратами (літак, вертоліт, планер, дирижабль, повітряна куля), а також наслідками стрибків із парашутом тощо;

3.5.16. наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами спорту;

3.5.17. цукровим діабетом (інсулінозалежний), туберкульозом;

3.5.18. захворюваннями, про існування яких Застрахованій особі було відомо до моменту укладання Договору страхування та про які вона не повідомила Страховика чи його уповноважених осіб;

3.5.19. протезуванням та придбанням і ремонтом допоміжних засобів, протезів різного характеру і призначення, у тому числі ортопедичних пристосувань та пристроїв (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимулаторів, корсетів, мілиць, інвалідних візків, тощо);

3.5.20. злюкісними онкологічними захворюваннями, у тому числі кровотворної та лімфатичної тканин (крім випадків вперше виявленого захворювання під час дії Договору страхування).

3.6. Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримані медичні послуги, які не передбачені Договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги у медичних закладах, непередбачених Договором страхування без попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією), якщо це передбачено Договором страхування.

У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичного закладу.

3.7. При зверненні Застрахованої особи до Страховика або його представника за отриманням медичної допомоги у випадках, передбачених п.3.4, п.3.5, п.3.6. цих Правил, Страховик або його представник може забезпечити організацію надання необхідної медичної допомоги, що не є Страховим випадком за Договором страхування, за рахунок особистих коштів Застрахованої особи.

3.8. Страховик не несе відповідальності, якщо це не передбачено умовами Договору страхування, по відшкодуванню витрат на будь-які послуги з проведення дезінфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'екцій, щеплень, лікарських експертиз і лабораторних досліджень, не пов'язаних із нещасним випадком, раптовим захворюванням або загостренням хронічного захворювання (стани, при яких виникає загроза життю Застрахованої особи), а також не відшкодовує вартості медичних послуг чи медикаментозного забезпечення, які не є обґрунтовано необхідними.

3.9. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у розмірі Франшизи, якщо вона передбачена Договором страхування.

3.10. Договором страхування може бути розширено чи звужено перелік винятків із Страхових випадків та обмеження страхування.

4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) укладається строком на один рік, якщо умовами Договору страхування не передбачено інше.

4.2. Для укладення Договору страхування Страхувальник надає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, що стає невід'ємною частиною Договору страхування з дати його укладання, або іншим чином (усна форма тощо) заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

У заявлі на страхування можуть бути зазначені:

4.2.1. для Страхувальника-фізичної особи:

- ПІБ, паспортні дані;
- ідентифікаційний код;
- адреса місця проживання, прописки (реєстрації) та телефони;
- бажані умови страхування (Програма медичного страхування), період страхування;
- інші відомості, за вимогою Страховика, що мають істотне значення для визначення ступеню Страхового ризику у відношенні особи, що виявила намір укласти Договір страхування.

4.2.2. для Страхувальника-юридичної особи:

- повне найменування, юридична та фактична адреса Страхувальника, його банківські реквізити;
- сфера діяльності Страхувальника;
- бажані умови страхування (Програма медичного страхування), період страхування;
- перелік осіб (спісок групи), на яких буде направлений страховий захист із зазначенням ПІБ; паспортних даних; ідентифікаційного коду; адреси місця проживання та телефону; відношення до Страхувальника (працівник, член родини працівника); віднесення до певних ризикових категорій за фахом (професією, тощо), завірений підписом уповноваженої особи Страхувальника та печаткою Страхувальника, підписами осіб, на яких буде направлений страховий захист, про їх згоду бути застрахованими.

Список групи та заява на страхування додаються до Договору страхування і стають невід'ємною його частиною з дати укладання цього Договору страхування (заява на страхування додається до Договору страхування тільки у тому випадку, якщо вона надана Страховику у письмовому вигляді).

- інші відомості, за вимогою Страховика, що мають істотне значення для визначення ступеню Страхового ризику у відношенні осіб, на яких буде направлений страховий захист за Договором страхування.

Страховик, з метою оцінки Страхового ризику, може вимагати від Страхувальника інформацію про стан здоров'я кожної особи, щодо страхування якої укладається Договір, за формулою, визначеною Страховиком. Крім того, Страховик може здійснювати анкетування та вимагати медичного обстеження (огляду) особи, відносно якої укладається Договір страхування.

Витрати, пов'язані з проходженням особами, на яких буде направлений страховий захист за Договором страхування, медичного огляду, оплачуються Страхувальником самостійно за рахунок особистих коштів чи іншим чином за домовленістю Страховика та Страхувальника.

4.3. Заповнення Страхувальником заяви на страхування та проходження медичного огляду особами, на яких буде направлений страховий захист за Договором страхування, не зобов'язує Страхувальника укласти Договір страхування.

4.4. У випадку відмови Страхувальника (особи, відносно якої укладається Договір страхування) у наданні інформації на запит Страховика, йому може бути відмовлено в укладанні Договору страхування.

4.5. Страховик має право перевірити достовірність наданих Страхувальником відомостей. У випадку надання Страхувальником про себе (особи, відносно якої укладається Договір страхування) неправдивих даних, що мають істотне значення для визначення ступеню Страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальному в укладанні Договору страхування, а в разі його укладання – відмовити у Страховій виплаті.

4.6. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну си-

лу і знаходяться (по одному примірнику) у кожної із Сторін.

При укладанні Договору медичного страхування одночасно відносно декількох осіб (Застрахованих осіб), цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання Договору страхування. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися Страховим полісом чи Сертифікатом, що є формою Договору страхування.

4.7. Договір медичного страхування набуває чинності з моменту внесення першого Страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності:

4.7.1. У разі сплати Страхової премії готівкою - з 00 годин дня, наступного за днем сплати Страхової премії одноразовим платежем або першої її частини (внеску), але не раніше дати, зазначеної у Договорі страхування, як дата початку дії цього Договору страхування;

4.7.2. У разі сплати Страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня, наступного за днем надходження Страхової премії (одноразовий платіж або перша частина платежу) на поточний рахунок Страховика, але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата початку дії Договору страхування.

4.8. Якщо Страхувальник не повністю сплатив Страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці Страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

4.9. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) Договору страхування (Страхового полісу, Свідоцства, Сертифіката), така особа повинна негайно сповістити про це Страховика. Страховик, за письмовою заявою Страхувальника (Застрахованої особи), видає дублікат Договору страхування (Страхового полісу, Свідоцства, Сертифіката), після чого втрачений Договір страхування (Страховий поліс, Свідоцство, Сертифікат) припиняє свою дію і Страхові виплати по ньому не здійснюються.

4.10. Страхувальник протягом строку дії Договору страхування може змінити Застраховану особу(осіб), Програми медичного страхування, обсяг медичних послуг, розмір Страхової суми та Лімітів відповідальності Страховика, шляхом оформлення додаткової угоди до Договору страхування, в порядку визначеному розділом 7 цих Правил. Будь-які зміни в Договорі страхування, що вносяться протягом строку його дії, можуть спричинити корегування Страхового тарифу з відповідним перерахунком Страхового платежу.

Додатковий Страховий платіж (за наявності), у цьому випадку, сплачується одноразово, якщо додатковою угодою до Договору страхування не встановлене інше.

4.11. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ ТА ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ.

5.1. Розмір Страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування виходячи із узгоджених умов Договору страхування (Програми медичного страхування, обраної Страхувальником, обраного переліку медичних послуг, що включені до Програми медичного страхування, тощо).

Для кожної Програми медичного страхування Страховик має право встановлювати мінімальний рівень Страхової суми, виходячи із розміру фактичної вартості медичних послуг та інших чинників.

5.2. Договором страхування можуть бути передбачені Ліміти відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг.

5.3. Страхувальник за узгодженням із Страховиком має право в період дії Договору страхування змінити розмір Страхової суми, а також Ліміти відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, перелік яких передбачений Договором страхування. Внесення змін до Договору страхування здійснюється відповідно до розділу 7 цих Правил.

Зміна розміру Страхової суми та Лімітів відповідальності Страховика в період дії Договору страхування може спричинити перерахунок Страхового тарифу, Страхового платежу; Страхувальник при цьому сплачує додатковий Страховий платіж.

5.4. Розмір Страхової суми за Договором страхування зменшується на розмір здійсненої у зв'язку із Страховим випадком Страхової виплати.

5.5. У Договорі страхування за домовленістю Сторін може бути передбачена Франшиза (умовна та/або безумовна) – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування.

5.5.1. При встановленні умовної Франшизи Страховик звільняється від відповідальності за збиток, якщо його розмір не перевищує Франшизи, і відшкодовує збиток повністю, якщо розмір збитку перевищує розмір Франшизи.

5.5.2. При встановленні безумовної Франшизи відповідальність Страховика визначається розміром збитку за відрахуванням Франшизи.

5.5.3. За згодою Страховика та Страхувальника Франшиза може бути встановлена у відсотках від Страхової суми або в грошовому виразі.

5.6. Страховий тариф розраховується актуарно на підставі статистичних даних із врахуванням ймовірності настання Страхового випадку та залежить від чинників, що впливають на ступінь ризику та вірогідність настання Страхового випадку: професія/рід заняття Застрахованої особи; наявність/відсутність шкідливих умов праці на виробництві; проведення профілактичних заходів; стан здоров'я Застрахованої особи; набір послуг, що надаватимуться Застрахованій особі та інших чинників. Конкретний розмір Страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін. Страховий тариф використовується для визначення розміру Страхового платежу.

5.7. Страхова премія (Страховий внесок, Страховий платіж) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з умовами Договору страхування.

5.7.1. Розмір Страхової премії встановлюється Страховиком у відповідності до базових тарифів із застосуванням корегувальних коефіцієнтів, розмір яких залежить від розміру Страхової суми, умов страхування, стану здоров'я Застрахованої особи, періоду страхування, кількості осіб одноразово прийнятих на страхування, тощо.

5.7.2. Страхова премія сплачується у строки та у порядку, які визначені Договором страхування.

5.7.3. Страхова премія за Договором страхування може бути оплачена Страхувальником одноразовим платежем за весь строк дії Договору страхування або іншим чином за узгодженням Страховика та Страхувальника.

5.7.4. Страхувальник може сплатити Страхову премію готівкою у касу Страховика або використати безготівкові форми розрахунків.

5.7.5. Загальний страховий платіж за Договором страхування, що укладається у відношенні групи осіб одноразово прийнятих на страхування (Застрахованих осіб) складає сукупний розмір індивідуальних Страхових платежів, розрахованих на кожну Застраховану особу.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Ознайомитися з умовами страхування та Правилами.

6.1.2. Достроково припинити дію Договору страхування у відповідності до пунктів 9.2. та 9.3.1. цих Правил.

6.1.3. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов чинного Договору страхування, про що укладається Додаткова угода до чинного Договору страхування з врахуванням умов розділу 7 цих Правил.

6.1.4. Вимагати виконання Страховиком умов Договору страхування.

6.1.5. При укладанні Договору страхування, призначати осіб для отримання Страхової виплати (Вигодонабувачів), а також замінювати їх до настання Страхового випадку шляхом внесення змін до Договору страхування. Вигодонабувач не може бути замінений іншою особою після того, як він виконав будь-який із обов'язків за Договором страхування чи висунув Страховику вимогу про Страхову виплату.

6.1.6. При укладанні Договору страхування обрати одну Програму страхування для усіх Застрахованих за Договором страхування осіб, або різні Програми страхування для окремих ризикових категорій Застрахованих осіб. Застраховані особи за таким Договором страхування розпо-

діляються на окремі групи в залежності від обраних Програм страхування.

6.1.7. Замінити перелік Застрахованих осіб, перелік Програм медичного страхування або медичних послуг, розмір Страхової суми, Лімітів відповідальності Страховика, у відповідності до п. 4.10 цих Правил.

6.1.8. Вимагати своєчасного здійснення Страхової виплати, за умови наявності у Страховика усіх необхідних документів та прийняття рішення про виплату;

6.1.9. Вимагати надання та оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг у межах та об'ємі, передбачених Договором страхування (Програмою медичного страхування).

6.1.10. Отримувати інформацію про Страхові виплати, здійснені Застрахованим особам.

6.1.11. Отримати дублікат Договору страхування (Страхового полісу, Страхового сертифікату) в разі його втрати.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Сплачувати Страхову премію в обсягах та в строки, що обумовлені Договором страхування.

6.2.2. Словіщати Страховика протягом строку дії Договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

6.2.3. Надавати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, інші відомості, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, які Страховик вимагає при укладанні Договору страхування, і надалі інформувати його про будь-яку зміну Страхового ризику.

6.2.4. Узгоджувати зі Страховиком (Асистуючою компанією), отримання медичних послуг у лікувальному закладі, непередбаченому умовами Договору страхування, та об'єм цих послуг, медичний заклад, на базі якого будуть надаватися ці послуги – до моменту їх надання.

6.2.5. Повідомляти Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору страхування.

6.2.6. Повідомити Страховика про настання Страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа.

6.2.7. У межах своєї компетенції (якщо Страхувальник – юридична особа) вживати заходів щодо зменшення збитків, завданіх внаслідок настання Страхового випадку.

6.2.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, щодо страхування якої укладається Договір страхування, та за результатами обстеження приймати рішення щодо укладення Договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію та контролювати виконання Страхувальником взятих на себе за Договором страхування зобов'язань.

6.3.3. Страховик (представник Страховика, у тому числі Асистуюча компанія) має право проводити аудіо запис телефонних розмов, що мають відношення до Страхового випадку.

6.3.4. Надсилати запити до компетентних органів (медичних, правоохоронних та інших) про надання інформації (у тому числі конфіденційної відносно Застрахованої особи), необхідної для з'ясування обставин та причин настання Страхового випадку чи події, яка має ознаки страхової.

6.3.5. Звертатися із запитами (у разі виникнення у Страховика підстав для цього запиту) до Страхувальника під час дії Договору страхування щодо надання будь-якої інформації про зміни обставин, які мають значення для оцінки ймовірності настання Страхового випадку.

6.3.6. Встановлювати розмір Страхового тарифу в залежності від обставин, що впливають на ризики, з урахуванням особливостей умов конкретного Договору страхування.

6.3.7. Проводити незалежну перевірку обставин Страхового випадку чи події, яка має ознаки страхової.

6.3.8. Відмовити у Страховій виплаті згідно цих Правил.

6.3.9. Достроково припинити дію Договору страхування у випадках, передбачених розділом

9 цих Правил.

6.3.10. Вимагати від Страхувальника внесення змін до Договору страхування та/або сплати додаткового Страхового платежу у разі отримання інформації від Страхувальника, Застрахованої особи або третіх осіб, що свідчить про збільшення ступеню Страхового ризику в період дії Договору страхування.

6.3.11. Відсторочити здійснення Страхової виплати у разі наявності сумнівів щодо факту та обставин настання Страхового випадку в межах максимального строку, встановленого договором страхування.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами страхування.

6.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати Страхувальнику;

6.4.3. У разі настання Страхового випадку, протягом строку, передбаченого договором між Страховиком та медичним закладом/Асистуючою компанією, після одержання усіх необхідних, належним чином оформленіх, документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити Страхову виплату. Якщо Застрахована особа, за умови попереднього погодженням зі Страховиком (Асистуючою компанією), одержала платні медичні послуги в медичному закладі, з яким Страховик не має договірних відносин, та оплатила вартість цих послуг самостійно, її здійснюється Страхова виплата в строк, передбачений умовами Договору страхування.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення Страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

6.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених Законом.

6.4.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші обов'язки Страховика.

6.5. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи.

7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться лише за письмовою згодою Сторін та оформляється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною з дати підписання уповноваженими представниками Страховика та Страхувальника та завірення їх печатками.

7.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна завчасно письмово повідомити іншу Сторону.

7.3. Якщо будь-яка зі Сторін Договору страхування не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

7.4. З моменту отримання заяви однією стороною Договору страхування до моменту прийняття рішення про зміну умов Договору страхування, він продовжує свою дію на попередніх умовах.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.

8.1. За умови визнання Страховиком факту настання Страхового випадку Страховик здійснює Страхову виплату відповідно до умов Договору страхування.

8.2. При настанні Страхового випадку (звернення Застрахованої особи до медичного закладу, передбаченого Договором страхування, або запропонованого Асистуючою компанією (якщо

умовами Договору страхування передбачено надання послуг із залученням Асистуючої компанії), з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, опіку чи інших наслідків дії зовнішніх чинників, за отриманням медичної допомоги, – у межах та об'ємі, передбачених Договором страхування (Програмою медичного страхування); медичні послуги надаються на підставі пред'явлення Договору страхування (або документу, що посвідчує факт укладання Договору страхування) та документу, що посвідчує Застраховану особу.

Страховик здійснює Страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування відповідно до законодавства України.

8.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком шляхом:

8.3.1. оплати медичних послуг, наданих Застрахованій особі, посередництвом Асистуючої компанії чи безпосередньо Медичному закладу (медичні послуги – в межах і об'ємі у відповідності до умов Договору страхування (Програмою медичного страхування)).

Асистуюча компанія після узгодження із Страховиком (у відповідності до умов договору про співпрацю між Страховиком і Асистуючою компанією) здійснює від імені та за рахунок Страховика Страхову виплату шляхом оплати послуг, що були надані Застрахованій особі при настанні Страхового випадку.

Страхова виплата, посередництвом Асистуючої компанії чи безпосередньо Медичному закладу, здійснюється на підставі страхового акту та документів, наданих Медичним закладом, в якому Застрахована особа отримала медичні послуги (рахунок Медичного закладу, акт виконаних робіт до цього рахунку та документи, що підтверджують настання Страхового випадку: копія виписки із медичної картки, копія епікрізу історії хвороби, копії результатів досліджень, тощо), у порядку та строки, передбачені договором між Страховиком та Асистуючою компанією/Медичним закладом.

Страхова виплата може здійснюватися іншим чином (порядок, строки тощо), відповідно до умов діючого договору про співпрацю, укладеного між Страховиком і Асистуючою компанією/Медичним закладом.

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати документи, що підтверджують факт настання Страхового випадку та розмір витрат, а також направляти до Застрахованої особи незалежного лікаря-експерта з метою об'єктивної додаткової оцінки стану її здоров'я.

8.3.2. компенсації Застрахованій особі, понесених нею, витрат за наданні медичні послуги (в межах і об'ємі – у відповідності до умов Договору страхування (Програми страхування)), у Медичних закладах, але за умови, що це було попередньо узгоджено зі Страховиком (Асистуючою компанією).

Після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику оригінал Договору страхування; заяву про Страхову виплату; оригінали документів: рахунки (фіскальний чек, квитанція) Медичного закладу та фармацевтичних установ; документи, що підтверджують настання Страхового випадку (копія медичної картки, копія епікрізу історії хвороби, копія лікарняного листа, довідка з Медичного закладу – завірені печаткою, штампом Медичного закладу у якому отримувались медичні послуги. У разі отримання послуг у Медичному закладі приватної форми власності надається копія ліцензії про можливість надання таких послуг цим Медичним закладом, копія свідоцтва платника податку та копія свідоцтва про реєстрацію); документи, що посвідчують особу одержувача Страхової виплати: паспорт (копія першої, другої сторінки) та довідку (копія) про присвоєння ідентифікаційного номеру; доручення, видане Застрахованою особою (Страхувальником) довіреній особі (тільки у випадку отримання Страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи).

Розмір Страхової виплати (компенсації) розраховується виходячи із розміру фактичних витрат, попередньо погоджених зі Страховиком/Асистуючою компанією, згідно рахунків Медичних закладів, а також умов Договору страхування (Програми страхування) в межах Страхової суми/Ліміту відповідальності Страховика.

8.4 Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті протягом 20 робочих днів з дня отримання документів, передбачених п.8.3 цих Правил. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті, Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) у строк 15 робочих днів з письмовим обґрутуванням причин відмови.

8.5. Страховик здійснює Страхову виплату в строк, передбачений Договором страхування, але цей строк не може перевищувати 15 робочих днів з моменту прийняття рішення про виплату.

8.6. Розмір загальної суми Страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома Страховими випадками не може перевищувати розміру Страхової суми, встановленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

8.7. Належну Страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або в безготіковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату. Виплата здійснюється згідно з п. 6.4.2. та п.8.3. цих Правил.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

9.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

9.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування – о 24-й годині доби, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування;

9.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

9.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо Договір страхування було укладено про страхування декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір припиняє дію тільки відносно цієї особи;

9.1.4. У випадку несплати Страхувальником Страхового платежу (чергової частини Страхового платежу) у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) Страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

9.1.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

9.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

9.1.8. Виплати Страхової суми у повному обсязі;

9.1.9. Смерті Застрахованої особи;

9.1.10. Припинення трудових відносин Застрахованої особи із Страхувальником, якщо інше не передбачено Договором страхування;

9.1.11. Дострокового припинення дії Договору страхування;

9.1.12. В інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із Сторін.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до запропонованої дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання Договору страхування або не сплатив Страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений Договором страхування строк та у встановленому Договором страхування обсязі, або якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання Договору страхування чи не сплатив Страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений Договором страхування строк та у встановленому Договором страхування обсязі.

9.3. При достроковому припиненні дії Договору страхування Страховик виплачує Страхувальному грошову суму, яка розраховується наступним чином:

9.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає Страхову премію, що залишилася до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхових тарифів, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний. Якщо ця вимога обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальному сплачену Страхову премію повністю;

9.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальному повертаються повністю сплачені ним Страхові премії. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальним умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальному Страхову премію, що залишилася до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхових тарифів, та фактичних Страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний.

9.4. Підставою для відмови Страховика у здійсненні Страхових виплат є:

9.4.1. Навмисні дії Страхувального або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання Страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувального або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

9.4.2. Вчинення Страхувального - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до Страхового випадку;

9.4.3. Подання Страхувального свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання Страхового випадку;

9.4.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувального про настання Страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

9.4.5. Інші випадки, передбачені Законом;

9.4.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

9.5. Страховик не оплачує вартість медичних послуг, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у випадках:

9.5.1. Отримання Застрахованою особою медичних послуг у медичних установах, непередбачених Договором страхування, за винятком випадків попереднього погодження зі Страховиком;

9.5.2. Отримання Застрахованою особою медичних послуг, що не передбачені Договором страхування (Програмою медичного страхування);

9.5.3. Отримання Застрахованою особою медичних послуг, що не були рекомендовані, засвідчені довіреним лікарем Страховика або лікуючим лікарем Застрахованої особи як необхідні і розумні заходи;

9.5.4. Невиконання Застрахованою особою розпоряджень лікуючого лікаря або порушення визначеного лікуючим лікарем лікарняного режиму;

9.5.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

9.6. Відмова Страховика у Страховій виплаті може бути оскаржена у судовому порядку.

10. ПОРЯДОК ВИРИШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори за Договорами страхування між Страхувальним і Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

10.2. Якщо в процесі переговорів сторони не дійдуть згоди, подальше вирішення спорів здійснюється у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

10.3. Сторона, винна в невиконанні або в неналежному виконанні умов Договору страхуван-

ня, несе відповідальність згідно з умовами Договору страхування.

11. ОСОБЛИВІ УМОВИ

11.1. Наслідки збільшення Страхового ризику під час дії Договору страхування:

11.1.1. Під час дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно (протягом 3-х робочих днів), якщо інший строк не передбачено Договором страхування, повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні договору, якщо ці зміни можуть суттєво вплинути на збільшення Страхового ризику (zmіна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби Сторони мали змогу це передбачити, то Договір страхування взагалі не було б укладено, або було б укладено на інших умовах).

11.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення Страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати Страхувальником додаткового Страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

11.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування або доплати Страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування. При цьому, Страховик повертає Страхувальному страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, фактично здійснених Страхових виплат за цим Договором страхування.

11.1.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомить Страховика про значні зміни під час дії Договору страхування в обставинах, які враховувались при укладанні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

11.2. Договором страхування може бути передбачено:

У разі перевищення обсягів Страхових платежів над розміром Страхових виплат за Договором страхування Страховик може відраховувати Страхувальному-юридичній особі до 50 відсотків зазначених сум (розмір % відрахування передбачається Договором страхування) на фінансування профілактичних медичних заходів (щеплень, вітамінізації, медичних оглядів тощо) по відношенню до Застрахованих осіб, спрямованих на мінімізацію збитковості (попередження можливих вірусних інфекцій, виявлення захворювань на ранніх стадіях тощо).

11.3. Питання, що залишилось поза межами цих Правил, регулюються чинним законодавством України.

Додаток №1

до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
від «07 листопада 2011р.

Програми медичного страхування (перелік медичних послуг)

1. Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в лікувальних закладах, з якими Страховиком або Асистуючою компанією укладені договори про співпрацю, у тому числі у денному стаціонарі.

Програма включає в межах Страхової суми:

- надання та оплату вартості висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими у Страховика або Асистуючої компанії укладено договори про співпрацю;
- проведення інструментальних методів дослідження та лабораторна діагностика в об'ємі, необхідному для встановлення діагнозу (з використанням сучасного діагностичного обладнання: ЕКГ, УСД, ЕЕГ, ФГДС, рентгенологічні дослідження, МРТ тощо);
- консультативна допомога вдома – лікаря терапевта (за медичним призначенням);
- оформлення листів непрацездатності);
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших (якщо необхідність таких консультацій викликана станом здоров'я Застрахованої особи);
- медикаментозне забезпечення витратними медичними матеріалами, за призначенням лікаря;
- проведення необхідних лікувальних процедур та маніпуляцій на базі спеціалізованих закладів;
- фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними призначеннями;
- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

2. Програма «Стационарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах Страхової суми вартості стационарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком або Асистуючою компанією укладено договори про співпрацю, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях.

Якщо інше не передбачено Договором страхування, госпіталізація здійснюється протягом 1-3 діб з моменту отримання Застрахованою особою направлення лікаря, а у разі гострого захворювання або нещасного випадку – невідкладна госпіталізація.

Гарантуються оплата вартості проведення необхідних лікувально-діагностичних заходів, профільних функціонально-діагностичних досліджень, за призначенням лікаря; медикаментозного забезпечення витратними медичними матеріалами, за призначенням лікаря; консультацій профільних фахівців; надання передбачених Договором страхування побутових умов (розміщення в палатах на два, три місця чи палатах підвищеної рівня комфорту); виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм; оплата вартості харчування.

3. Програма «Швидка медична допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах Страхової суми вартості висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги (державні та комерційні служби) вийзних загально-профільних бригад та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших); первинну консультацію лікаря та встановлення попереднього діагнозу; експрес-діагностику і проведення лабораторних тестів; забезпечення необхідними для здійснення невідкладної допомоги медикаментами та витратними матеріалами; надання медичної допомоги та транспортування з метою госпіталізації, у разі необхідності, до найближчого чи профільного лікувального за-

кладу, з якими Страховик чи Асистуюча компанія має договірні стосунки.

4. Програма «Домашній лікар».

Програма гарантує надання та оплату в межах Страхової суми вартості послуг, пов'язаних з медичним обслуговуванням Застрахованої особи сімейним лікарем високої кваліфікації, спеціально виділеним медичним закладом для роботи з Застрахованою особою, або лікарем, що займається приватною практикою і перебуває в договірних відносинах зі Страховиком або Асистуючою компанією. Надання лікувально-діагностичної допомоги здійснюється переважно вдома у Застрахованої особи.

Програма включає в межах Страхової суми:

- первинне обстеження Застрахованої особи з використанням необхідних діагностичних лабораторних і інструментальних методів дослідження і консультації лікарів різних спеціальностей;
- у разі гострого захворювання чи загострення хронічного захворювання Застрахованої особи, відвідування такої особи вдома та призначення лікування;
- амбулаторний прийом Застрахованої особи у зв'язку з гострим захворюванням чи загостренням хронічного захворювання та призначення лікування;
- складання індивідуальної програми лікувально-оздоровчих і профілактичних заходів на основі результатів проведеного попереднього обстеження;
- надання необхідної медичної допомоги вдома у разі захворювання Застрахованої особи із залученням лікарів-консультантів інших спеціальностей;
- організація, при наявності медичних показань, госпіталізації Застрахованої особи в медичний заклад;
- виконання усіх видів інвазійних маніпуляцій, зігріваючих компресів, катетеризація, забір матеріалів для проведення аналізів.

5. Програма «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах Страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу – лікування каріесу, пульпіту, періодонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургічну допомогу – видалення зуба; протезування, якщо втрата зуба є наслідком нещасного випадку, що стався із Застрахованою особою в період дії Договору страхування.

6. Програма «Аптека».

Програма гарантує забезпечення медикаментами та витратними матеріалами через мережу аптек, визначену Страховиком, на підставі рецептів, виданих медичними закладами, з якими Страховик або Асистуюча компанія має угоди про співпрацю; доставку медикаментів Застрахованій особі за вказаною адресою (доставка медикаментів здійснюється за умови, що вартість медикаментів, які необхідно доставити, не менше 100 гривень); відшкодування вартості самостійно придбаних медикаментів, медичних матеріалів, призначених лікарем.

7. Програма "Медична реабілітація"

Програма гарантує надання та оплату в межах Страхової суми вартості реабілітаційних послуг: фізіотерапевтичне лікування (масаж, ЛФ, електро-, водо-, грязелікування тощо) в умовах стаціонару, денного стаціонару або поліклініки; бальнеологічне лікування (ванни, басейн, лікувальна сауна тощо); вітамінотерапію, імунокорекцію, повторні курси медикаментозної терапії в амбулаторних або стаціонарних умовах; санаторно-курортне лікування в санаторіях відповідного профілю - за призначенням лікаря після перенесених гострих і загострення хронічних захворювань у медичних закладах, з якими у Страховика укладений договір про обслуговування Застрахованих осіб, або в медичних закладах за направленим Асистуючої компанії.

Договором страхування може бути передбачено інший набір послуг за кожною Програмою (розширено або обмежено їх перелік); вибіркове об'єднання наведених вище Програми в одну – Комплексну програму медичного страхування; встановлення Лімітів відповідальності Страховика; встановлення Франшизи тощо.

За заявою Страхувальника (в усній чи письмовій формі) Страховик має право розробляти нові Програми медичного страхування та укладати Договори медичного страхування у відповідності до цих Програм; страхувати від конкретних ризиків, передбачених Договором страхування.

Додаток №2

до Правил добровільного медичного страхування
 (безперервного страхування здоров'я)
 від «07» листопада 2011р.

Страхові тарифи

Нижче наведені річні Страхові тарифи для однієї Застрахованої особи у % від Страхової суми по відповідній Програмі медичного страхування:

1. Програма « Амбулаторно-поліклінічна допомога»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, з хронічними захворюваннями, (% від Страхової суми)
1 - 17	15,5	70*
18 - 40	10,5	60*
41 - 55	13,0	65*
56 - 65	14,5	70*
більше 65	16,5	80*

2. Програма «Стационарна допомога»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, з хронічними захворюваннями, (% від Страхової суми)
1 - 17	5,3	30*
18 - 40	3,0	35*
41 - 55	4,0	40*
56 - 65	5,6	45*
більше 65	6,0	50*

3. Програма « Швидка медична допомога»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від Страхової суми)
1 - 17	4,4	30*
18 - 40	2	35*
41 - 55	4	40*
56 - 65	5,3	45*
більше 65	6,5	50*

4. Програма « Домашній лікар»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від Страхової суми)
1 - 17	15,5	70*
18 - 40	10,5	60*
41 - 55	13,0	65*
56 - 65	14,5	70*
більше 65	16,5	80*

5. Програма «Стоматологія»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від Страхової суми)
1 - 17	18	30*
18 - 40	25	40*
41 - 55	26	55*
56 - 65	29	75*
більше 65	30	80*

6. Програма «Аптека»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від Страхової суми)
1 - 17	8	30*
18 - 40	5	40*
41 - 55	6	40*
56 - 65	9	45*
більше 65	10	50*

7. Програма «Реабілітація»

Вік Застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від Страхової суми)	Базовий річний Страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від Страхової суми)
1 - 17	12	35*
18 - 40	12	35*
41 - 55	13	30*
56 - 65	15	45*
більше 65	18	60*

*При укладанні Договору страхування за наявності захворювання в анамнезі підвищувальні коефіцієнти не застосовуються.

При укладанні Договору страхування можливе встановлення Франшизи. При цьому базовий розмір Страхового тарифу корегується за допомогою зазначених нижче корегувальних коефіцієнтів:

Розмір франшизи, % від Страхової суми	Страхова сума, грн.		
	до 10 000	від 10 000 до 30 000	30000 і більше
0	1	1	1
0,25	0,995	0,995	0,995
0,5	0,99	0,99	0,99
1	0,985	0,985	0,99
1,5	0,98	0,98	0,975
2	0,975	0,975	0,955
2,5	0,97	0,965	0,93
3	0,96	0,95	0,91
4	0,95	0,92	0,86
5	0,94	0,88	0,8

Договір страхування може передбачати період очікування (строк, протягом якого не вважається Страховим випадок, що настав і має ознаки страхового згідно обраної Програми страхування)

ід 5 до 30 діб. Із застосуванням періоду очікування Страхова премія може бути зменшена (за кожний день на 0,1 % знижки зі Страхової премії).

При укладанні Договору страхування на строк до 1 року розмір тарифу розраховується вихідно із розміру річного Страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (неповний місяць розраховується як повний).

Строк страхування, (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного Страхового тарифу	25	32	39	45	52	59	66	73	79	86	93

Норматив витрат, врахований при розрахунку вищезгаданих тарифів, складає 35%.

Кінцевий розмір Страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь Страхового ризику, розраховується за допомогою корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий Страховий тариф.

Поправочні коефіцієнти застосовуються в залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення Страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, зокрема:

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вік Застрахованої особи	0,6 – 2,8
Вид діяльності Застрахованої особи	0,7 – 2,3
Місце проживання Застрахованої особи	0,75 – 1,8
Умови проживання Застрахованої особи	1,0 – 2,1
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,55 – 4,5
Розмір Франшизи	0,5 – 1
Обсяг страхового захисту (перелік Страхових випадків, захворювань)	0,5 – 1,3
Розмір Страхової суми	1,0 – 2,9
Тривалість періоду очікування	0,2 – 1
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,75-1
Територія дії Договору страхування	0,5 – 2
Умови здійснення Страхової виплати за Договором страхування	0,7 - 2
Андеррайтинговий коефіцієнт, що враховує експертну оцінку ступеня ризику, пов'язаного з Договором страхування	0,6 - 2
Величина поточної збитковості Страховика за даним видом страхування	0,7 – 1,3
Інші фактори та умови Договору	0,3 - 2

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір Страхового тарифу не може перевищувати 50% від Страхової суми для практично здорових людей та 80% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях.

Актуарій

Карташов Ю.М.

Свідоцтво №03-002 від 26.11.2009 року

В даному документі проанумеровано.

протинумеровано, скріплено аркушів *1/2*
задній звіг члк

Голова Правдіння

МВСК

В.В. Ткач

Державна комісія з регулювання та контролю фінансової сфери України	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
ПІДПИС	дата
15.12.11.	0311260
дата	Реєстраційний номер

Наименування посад
Оль Капел

Міжнародне паспорт
Міжнародне паспорт

Затверджую:
Голова Правління
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО
ТОВАРИСТВА "УКРАЇНСЬКА
ВІЙСЬКОВО-СТРАХОВА КОМПАНІЯ"

В.В.ТКАЧОВ

"29" жовтня 2019 р.

* Ідентифікаційний
код: 31304718 *

місто Київ

**ЗМІНИ № 1 ДО ПРАВИЛ
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.
(БЕЗПЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

Київ- 2019

1. Пункт 1.1. Розділу 1 Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (Далі-Правила) викласти у такий редакції:

«1.1. На підставі Закону України "Про страхування" і цих Правил Приватне акціонерне товариство "Українська військово - страхова компанія" (далі - страховик) укладає з юридичними особами або діездатними фізичними особами (далі - страхувальники) договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), у відповідності до яких гарантує надання страхувальникам чи третім особам (застрахованим особам) медичних (інших) послуг або компенсацію витрат на оплату вартості отриманих медичних (інших) послуг, у межах та обсязі, передбачених договором медичного страхування (програмою медичного страхування).»

2. Пункт 1.3. Розділу 1 Правил викласти у такий редакції:

«1.3. Обмеження страхування:

Не укладаються договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), якщо інше не передбачено умовами договору медичного страхування, щодо фізичних осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкір-венерологічних диспансерах; центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; які перенесли інфаркт міокарда; які страждають на гострі порушення мозкового кровообігу, їх наслідки; хронічну ниркову недостатність; захворювання крові та кровотворної системи; інвалідів І - ІІ груп; дітей віком до одного року та осіб, яким більше 75 років.»

3. Пункт 2.1. Розділу 2 Правил викласти у такий редакції:

«2.1. Предметом договору медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи третьої особи (застрахованої особи), визначеній страхувальником у договорі страхування за її згодою.

Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страховової суми або її частини шляхом:

оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування, яка була надана страхувальнику чи застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

відшкодування понесених страхувальником чи застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.»

4. У тексті Правил слова «Приватне акціонерне товариство «Військово - страхова компанія» замінити словами «Приватне акціонерне товариство «Українська військово - страхова компанія».

Усього в цьому документі пронумеровано,
прошуто, скріплено печаткою та підписом

Голова Правління

* «Слов'янський
акціонерного товариства
а військово-страхова компанія»

В.В.Ткачов

