

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
ПрАТ «СК «ТАСТ-ГАРАНТІЯ»

Н.П. Пшеченко

«20» вересня 2016 р.

ЗРЕСКОУЄАН

Учен Комісії
Назначення посади
О.Максимчук

Підпис

Дата 04.10.16

0316244

ОДЕСА * ПРIVATE * СТРАХОВ * КОМІ * ГАРАНТІЯ * 13915014 * ОДЕСЬКА * ОБЛАСТЬ *

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ
ЗДОРОВ'Я)**

м. Одеса – 2016

ТЕРМІНОЛОГІЯ

АСИСТАНТ – установа, яка представляє інтереси Страховика, і до якої повинен звертатись Страхувальник у разі страхового випадку.

ВИГОДОНАБУВАЧ – фізична особа - громадянин або юридична особа, які призначені Страхувальником для одержання страхового відшкодування в результаті настання страхового випадку.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ – письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку, визначеного в цих Правилах, здійснити виплату страхового відшкодування в межах страхової суми особі, на користь якої укладено договір страхування (Застрахованій особі) або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений термін та виконувати інші умови договору.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – дієздатна фізична особа, з якої укладений Договір добровільного медичного страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно умов Договору страхування.

ЛІКАР - особа, що має дійсну, законну ліцензію та зареєстрована, як практикуючий Лікар та не є Застрахованою особою за Договором страхування та не є найближчим родичем Застрахованої особи.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ – максимально можлива відповідальність Страховика. Може бути встановлена по окремому страховому ризику, об'єкту страхування або по окремому страховому випадку.

МЕДИЧНА УСТАНОВА - установа, що має ліцензію, як медична установа та проводить прийом, догляд та лікування хворих та травмованих осіб у якості стаціонарних хворих та забезпечує організовані засоби для діагностики, медичного та хірургічного лікування, або є поліклінікою, амбулаторним відділенням, та не є будинком відпочинку чи санаторієм чи подібною установою та не є місцем, для лікування алкогольної чи наркотичної залежності.

МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ - територія країни (країн), на якій перебуває Застрахована особа, та яка зазначена у Договорі страхування.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК – раптова, випадкова, короткочасна, ненавмисна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась, і яка призвела до розладу здоров'я або до смерті Застрахованої особи.

РАПТОВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – хвороба, що настала несподівано, загрожує життю Страхувальника і потребує невідкладної медичної допомоги.

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

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

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку в межах страхової суми, визначеної договором.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК – подія, яка визначена договором страхування, що відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Застрахованій особі або Вигодонабувачу.

СТРАХОВИЙ РИЗИК – певна подія, передбачена договором страхування, 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 – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАСТ-ГАРАНТІЯ», що є юридичною особою та створена відповідно до норм діючого законодавства і одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності та приймає на себе за договором страхування за певну винагороду (страхову премію) зобов'язання, щодо здійснити виплат страхового відшкодування внаслідок настання страхового випадку.

СТРАХУВАЛЬНИК – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування.

ФРАНШИЗА – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком.

ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – захворювання, яке відповідає таким критеріям: клінічно встановлений діагноз, довгострокове лікування (на протязі 3 місяців до початку строку страхування).

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного медичного страхування (надалі – Правила) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» та інших нормативних документів чинного законодавства України

1.2. На підставі цих Правил **ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ТАСТ-ГАРАНТІЯ»** (надалі – Страховик) укладає Договори добровільного медичного страхування (надалі – Договори страхування) з дієздатними фізичними особами за їх згодою (надалі – **Застраховані особи**), які є громадянами України, іноземними громадянами, особами без громадянства або з юридичними особами будь-якої організаційно-правової форми, резидентами та нерезидентами України, які зареєстровані і діють відповідно до норм чинного законодавства України (надалі – **Страховальники**) згідно з якими Страховик гарантує організацію та фінансування медичних послуг певного переліку та якості в обсягах Програм добровільного медичного страхування, які є невід'ємною частиною Правил (Додаток № 1. до цих Правил) за умови, що надання таких послуг не підпадає під обмеження, визначені даними Правилами.

1.3. Для забезпечення виконання своїх зобов'язань за Договорами добровільного медичного страхування Страховик укладає договори з Асистуючою компанією, медичними закладами та іншими установами про надання Застрахованій особі лікувально-профілактичних, консультативно-діагностичних та інших медичних послуг, передбачених Договорами добровільного медичного страхування.

1.4. Страховальники мають право укладати Договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

1.5. Застрахована особа – фізична особа віком від 18 до 65 років, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.6. У випадку, коли Страховальник уклав Договір страхування на свою користь, він є Застрахованою особою.

1.7. При укладанні сімейних (страхування членів сім'ї) та колективних (страхування колективу (групи осіб)) Договорів страхування можуть бути прийнятими на страхування діти від 7 років та інваліди II (робочої) – III груп і пенсіонери за віком (особи віком понад 65 років).

1.8. Страховик не укладає Договори страхування щодо осіб, які на момент укладання Договору є онкологічно-хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної та ендокринної систем, хворими на коллагенози, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах з профілактики та боротьби із СНІДом та інвалідами 1- 3 груп, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування згідно цих Правил є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК

3.1. Страховим ризиком, за цими Правилами, є погіршення здоров'я Застрахованої особи з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, отруєння, травматичного ушкодження чи інших наслідків нещасного випадку або цілого ряду захворювань, що турбують Страхувальника, з переліку захворювань, які передбачені Договором страхування, при умові, що хвороба мала місце під час дії Договору страхування та підтверджена документами, виданими компетентними органами в затвердженому законом порядку (медичними закладами).

3.2. Страховим випадком, за цими Правилами, є звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування (або, якщо це передбачено Договором страхування, до Асистуючої компанії), у зв'язку із гострим захворюванням (рядом захворювань), загостренням хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку, передбаченого Договором страхування, з метою отримання медичної допомоги та медичних послуг в обсязі Програм страхування, що передбачені Договором страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок вчинення Застрахованою особою дій, що призвели до настання страхового випадку.

4.2. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

4.2.1. Навмисним заподіянням Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень, у тому числі під впливом дій третіх осіб;

4.2.2. Здійсненням вигодонабувачем (спадкоємцем) навмисного злочину, який привів до загибелі або смерті Страхувальника (Застрахованої особи);

4.2.3. Тілесними ушкодженнями при самолікуванні або при лікуванні особою, яка не мала відповідної медичної освіти.

4.2.4. Проведення операцій (або лікування), що не завершені до набуття чинності Договору страхування.

4.3. Страховими випадками не визнаються встановлені діагнози таких захворювань (якщо інше не передбачено Договором страхування):

- інфекційні, паразитарні, вірусні, якщо діагноз встановлено медичним закладом на протязі першого місяця дії Договору страхування;

- новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування;

- хвороби, на які Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування, за винятком випадків загострення хронічного захворювання, коли необхідно блокування загострення;

- загострення хронічної хвороби, якщо загострення почалось до набуття чинності Договору страхування, за винятком випадків, коли медична допомога спрямована на усунення гострого болю. Під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної (екстреної) медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи;

- професійні захворювання;

- променеві ураження;

- системні захворювання сполучної тканини та їх загострення, саркоїдоз, муковісцедоз;

- захворювання в стадії декомпенсації – ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними;

- вродженні вади (аномалії розвитку), хромосомні порушення та їх ускладнення;

- повільно прогресуючі захворювання нервової системи – розсіяний склероз, мієлопатія, міастенія;

- цукровий діабет;

- вірусні гепатити, за винятком гострої форми вірусного гепатиту А, цироз печінки;

- захворювання, які пов'язані з вагітністю (крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено медичним закладом не раніше, ніж через три місяці з моменту набуття чинності Договору страхування) та пологами (крім пологів за допомогою кесаревого розтину);

- знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння, а також захворювання, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин;

- захворювань, викликаних вживанням ліків без призначення лікаря, самолікування;

- травматичні ушкодження, які пов'язані зі знаходженням Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

- захворювання і травми, які є наслідками замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи);

- протиправних дій третіх осіб;

- захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних (особливо небезпечні інфекції) заходів;

- захворювань та тілесних пошкоджень як наслідок польотів на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить у ролі пасажирів у цивільному апараті, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення;

- будь-якого захворювання, що підпадає під дані Правила у період строкової служби Застрахованого у збройних силах України, будь-яке захворювання, що стало наслідком виконання службових обов'язків для осіб, які є штатними працівниками воєнізованої пожежної охорони, оперативними працівниками міліції, штатними працівниками міліції, штатними працівниками служби охорони, стрілками ВОХР, охоронцями комерційних структур;

- туберкульозу будь-якої локалізації, якщо інше не передбачено договором страхування;

- психічних хвороб Застрахованого;

- хронічні захворювання, крім випадків їх загострення;

- венеричні захворювання та хвороби, що передаються переважно статевим шляхом;

- лікування (в тому числі, операцій), пов'язаних з лікуванням чоловічої/жіночої безплідності;

- протезування та трансплантація органів та тканин та будь-яких дій, пов'язаних із пошуком та доставкою органів для трансплантації;

- синдрому придбаного імунodefіциту (СНІД), в тому числі хвороби T – cell lymphotropic virus type або Lymphadenopathy associated virus та/або захворювання, що є мутацією або варіаціями СНІДУ чи будь-якого іншого подібного синдрому з відповідним найменуванням;

- стоматологічних та ортодонтичних процедур, в тому числі видалення зубів, операція на яснах, або/чи будь-яка інша операція, вчинена будь-яким стоматологом (за винятком процедур, пов'язаних із проведенням невідкладної медичної допомоги), якщо такі послуги не передбачені в договорі страхування;

- звичайних диспансерних обстежень, якщо немає ніякого погіршення здоров'я, включаючи діагностику; перебування в стаціонарі за направленням військкомату або при направленні на МСЕК для встановлення групи інвалідності;

- послуг, препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування у стаціонарі чи лікування амбулаторно, що не були рекомендовані, схвалені, письмово посвідчені лікарями медичних баз, як розумні та необхідні засоби.

4.4. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахованою особою отримані медичні послуги, які не передбачені Договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги у медичних закладах, не передбачених Договором страхування. У цих випадках рішення про відмову у страховій виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичного закладу.

4.5. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

- під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії Договору страхування;

- під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту;

- у випадку впливу ядерної енергії;

- в результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства України. При цьому факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству України встановлюється судом або в іншому, передбаченому законодавством України порядку.

4.6. Страховик не відшкодовує витрат, пов'язаних з одержанням Застрахованою особою таких медичних послуг (якщо інше не передбачено Договором страхування):

- оперативне лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин, порушень зору;

- лікування захворювань, що потребують проведення аорто-коронарного шунтування та стентування;

- лікування хронічної ниркової недостатності, що включає проведення гемодіалізу;

- лікування алергологічних захворювань методами гемосорбції та плазмофореу;

- лікування порушень мови;

- лікарське обстеження, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи медкомісії водіїв, допризовників та призовників, для отримання дозволу на придбання зброї тощо;

- лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі;

- лікування процедурами та препаратами, що запобігають заплідненню;

- корекція ваги та хірургічне лікування ожиріння;

- косметичні та пластичні операції (крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією внаслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування), операції за бажанням (не за медичними показниками);

- лікування нетрадиційними методами (гомеопатія, гірудотерапія, аромотерапія, гіпноз, іридіодіагностика, психоаналіз, біоенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками і т. ін).;
- експериментальне або науково-дослідне лікування;
- профілактичне лікування;
- проведення штучного переривання вагітності (не за медичними показниками);
- лікування та діагностика, необхідність яких пов'язана з вагітністю та пологами та їх ускладненнями (окрім спеціальних програм добровільного медичного страхування);
- придбання органів і тканин, які трансплантуються, їх пошук та доставка, а також оплата донорів;
- придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, інвалідних візочків;
- перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду.

4.7. Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік захворювань, у зв'язку з якими звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням медичної допомоги не буде вважатись страховим випадком.

4.8. Страховик не відшкодовує витрати на:

- діагностичні та лікувальні заходи, які не були узгоджені зі Страховиком (окрім випадків надання невідкладної допомоги) та заходи, не передбачені обраною Програмою Добровільного медичного страхування;
- лікування захворювань та травм, які настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин;
- лікування при порушенні Застрахованою особою режиму лікувального закладу та невиконанні призначень і рекомендацій лікаря;
- застосування медичних послуг та придбання ліків, не призначених лікарем.

4.9. Страховик не відшкодовує витрат щодо надання медичних послуг у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладання Договору страхування, а також витрат з приводу будь-яких операцій чи лікування, не завершених до початку дії Договору страхування. У випадку первинного виявлення хвороб, лікування яких не покривається цими Правилами (обраною Програмою страхування), Страховик сплачує вартість тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

4.10. Окремі виключення із числа перелічених у п.4 цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених Договором страхування.

4.11. У Договір страхування можуть бути внесені додаткові обмеження за результатами попереднього обстеження або анкетування Застрахованої особи.

4.12. Страховиком можуть встановлюватись обмеження страхування:

4.12.1. По території дії Договору страхування;

4.12.2. За віком – для Застрахованої особи;

4.12.3. Інші обмеження, зазначені у Договорі страхування, з урахуванням конкретних умов страхування.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Конкретний розмір страхового тарифу встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування.

Тарифи залежать від складу ризиків, стану здоров'я, віку, статі, умов життєдіяльності контингенту, який страхується, строку страхування, розміру та умов

страхових виплат, кількості Застрахованих. Для врахування колективних та індивідуальних факторів ризику використовуються підвищуючі чи понижуючі коефіцієнти до базових тарифів.

5.2. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу відповідно до кожної з трьох Програм страхування, наведених у Додатку № 1 цих Правил.

5.3. При укладанні колективних Договорів страхування з кількістю понад 5000 Застрахованих осіб, Страховик має право, з урахуванням ступеню ризику та за згодою Страхувальника, знижувати страховий тариф.

5.4. При укладенні сімейних Договорів страхування для членів сім'ї віком від 20 до 45 років передбачена знижка у розмірі 25 % від страхового платежу.

5.5. Для Страхувальників, які безперервно укладають Договори страхування та протягом 1 – 4 років не одержували страхових виплат, річна сума страхових платежів при укладенні Договору страхування на новий строк зменшується в відсотках:

- на другий рік – на 20 відсотків;
- на третій рік – на 30 відсотків;
- на четвертий рік – на 40 відсотків;
- на п'ятий рік і більше – на 50 відсотків

5.6. Страховий платіж сплачується одноразово в строк, визначений у Договорі страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.7. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або використати безготівкові форми розрахунків.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Максимальний розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування на кожну Застраховану особу окремо відповідно до обраної Страхувальником (Застрахованою особою) Програми страхування.

6.2. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

6.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченої частки страхового платежу.

6.4. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми шляхом укладання додаткової угоди до діючого Договору страхування, при цьому величина доплати страхової премії розраховується для кожного предмету договору страхування окремо.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Підставою для укладання Договору страхування є письмова заява Страхувальника (за формою, що встановлена Страховиком). У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

При поданні заяви на укладання Договору страхування Страхувальник повинен надати інформацію, яку вимагає Страховик щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається Договір страхування.

Страховик також має право запросити у Страхувальника будь-яку іншу інформацію, яка характеризує стан здоров'я Застрахованих осіб.

7.2. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній зі Сторін.

При укладанні Договору страхування одночасно декількох осіб, цим особам можуть бути додатково видані документи, що посвідчують факт укладання Договору.

7.3. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, зокрема, може бути передбачено, що він набуває чинності:

7.3.1. У разі сплати страхового платежу готівкою – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску одноразово або його частини (якщо це обумовлено Договором страхування);

7.3.2. При безготівкових розрахунках – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового внеску на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині (якщо це обумовлено Договором страхування). Страховик зобов'язаний протягом трьох робочих днів після надходження страхового платежу на його розрахунковий рахунок повідомити Страхувальника про дату набуття чинності Договору страхування;

7.3.3. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування;

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.3. Страховиком можуть встановлюватись обмеження по території дії Договору страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхову виплату шляхом оплати Страховиком вартості отриманої медичної допомоги та медичних послуг згідно умов Договору страхування, в межах страхової суми;

9.1.2. На укладення Договору про страхування третьої особи за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування;

9.1.3. На зміну умов Договору страхування, за згодою Страховика, згідно з Розділом 12 цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником;

9.1.4. На дострокове припинення дії Договору страхування згідно умов цих Правил;

9.1.5. На отримання дублікату Договору страхування, страхового свідоцтва (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.2.2. Сплачувати страховий платіж у розмірі й в строк, що обумовлені Договором страхування;

9.2.3. Протягом 48 годин повідомити Страховика про настання страхового випадку;

9.2.4. При зміні ступеня ризику, протягом трьох робочих днів, повідомити в письмовій формі Страховика, для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування;

9.2.5. Повідомити Страховику про інші діючі Договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи;

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

9.3. Страховик має право:

9.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження, статистичних форм з даними по захворюваності, проводити анкетування стосовно стану здоров'я осіб, що підлягають страхуванню та за результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування;

9.3.2. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію;

9.3.3. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані зі страховим випадком, до компетентних органів (правоохоронних органів, банків, медичних установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку), а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

9.4.2. У разі настання страхового випадку протягом 15 робочих днів (якщо інше не передбачено Договором страхування) з дня одержання всіх, належним чином оформлених необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування;

9.4.3. Зберігати конфіденційність інформації щодо учасників та умов Договору страхування за винятком випадків, передбачених законодавством України;

9.4.4. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

9.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, передбачену зміну власності, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно Договору страхування.

9.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші обов'язки Застрахованої особи.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні страхового випадку (зверненні Застрахованої особи до медичного закладу з переліку захворювань, визначеного Договором страхування) медичні послуги надаються Застрахованій особі на підставі пред'явлення нею Договору страхування (або документу, що підтверджує факт укладання Договору страхування) та документу, що посвідчує особу.

10.2. Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку. Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати медичному закладу вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування.

Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не передбачено у конкретному договорі з медичним закладом.

Виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів медичного закладу, що надавав Застрахованій особі медичні послуги: заяви про виплату, рахунку медичного

закладу, документів, що підтверджують настання страхового випадку: витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, діагнозу захворювання, копії «листка призначень», переліку медикаментів та матеріалів із зазначенням їх вартості, копії листка непрацездатності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткових документів, що необхідні для підтвердження факту настання страхового випадку та розміру витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

10.3. Страховик може здійснювати страхову виплату, у відповідності до умов Договору страхування, шляхом оплати Аптеці вартості необхідних медикаментів та матеріалів, наданих Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком, у межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування.

Виплата здійснюється на підставі:

- 1) страхового акту;
- 2) заяви про виплату;
- 3) копії страхового полісу;

4) документу, що підтверджує факт настання страхового випадку: - витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, - діагнозу захворювання, - кількості ліжок/днів, проведених у лікарні, - копії «листка призначень», - переліку медикаментів та матеріалів із зазначенням їх вартості, - копії листка непрацездатності, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, інших документів на вимогу Страховика.

10.4. У випадках, коли в медичному закладі, передбаченому Договором страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено зі Страховиком), немає медикаментів та матеріалів, що необхідні для надання Застрахованій особі медичної допомоги (згідно з Програмою страхування), Страховик може здійснити страхову виплату Застрахованій особі для відшкодування витрат на медикаменти та матеріали, які придбані нею самостійно, що підтверджено відповідними документами (аптечними та товарними чеками) в період дії Договору страхування.

Виплата здійснюється на підставі:

- 1) страхового акту;
- 2) заяви про виплату;
- 3) копії страхового полісу;

4) документ, що посвідчує особу одержувача страхового відшкодування та довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;

5) документів, що підтверджують факт настання страхового випадку: витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, діагнозу захворювання, кількості ліжок/днів, проведених у лікарні, копії «листка призначень», переліку медикаментів та матеріалів із зазначенням їх вартості, копії листка непрацездатності, аптечних та товарних чеків, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, довідки ДАІ, якщо страховий випадок настав внаслідок ДТП.

10.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик має право здійснювати страхову виплату Застрахованій особі безпосередньо або здійснювати оплату вартості, наданої Застрахованій особі медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я, які не передбачені Договором страхування та/або з якими Страховик не має Договору про надання медичної допомоги Застрахованим особам на підставі:

- 1) страхового акту;
- 2) заяви про виплату;
- 3) рахунків медичного закладу;

4) документ, що посвідчує особу одержувача страхового відшкодування та довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру;

5) документів, що підтверджують настання страхового випадку: витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, діагнозу захворювання, кількості ліжок/днів при стаціонарному лікуванні або кількості днів непрацездатності при амбулаторному лікуванні, копії «листка призначень», переліку медикаментів та матеріалів із зазначенням їх вартості, копії листка непрацездатності, аптечних та товарних чеків, довідки ДАІ, якщо страховий випадок настав внаслідок ДТП.

Розмір страхової виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат на медичні послуги, попередньо погоджені зі Страховиком (якщо інше не передбачено Договором страхування).

10.6. Страховик може здійснити виплату, у відповідності до умов Договору страхування, Асистуючій компанії, яка організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком, в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування.

Виплата здійснюється на підставі:

- 1) страхового акту;
- 2) заяви про виплату;

3) документів, що підтверджують настання страхового випадку: витягу з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, кількості ліжок/днів при стаціонарному лікуванні або днів непрацездатності при амбулаторному лікуванні, діагнозу захворювання, копії «листка призначень», переліку медикаментів та матеріалів, їх вартості, копії листка непрацездатності, довідки ДАІ, якщо страховий випадок настав внаслідок ДТП, інших документів на вимогу Страховика.

10.7. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

10.8. Страховик може здійснювати страхову виплату через свою касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

10.9. За кожен день затримки виплати, що стався з вини Страховика, ним сплачується пеня у розмірі, визначеному Договором страхування або Договором зі медичним закладом, залежно від того, кому здійснюється страхова виплата.

11. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Страховик зобов'язаний в строк до 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 10 цих Правил), прийняти рішення про виплату та здійснити страхову виплату або прийняти рішення про відмову у виплаті.

11.2. Страховик може прийняти рішення про відмову у страховій виплаті відповідно з наступних підстав:

- вчинення Страхувальником або Застрахованою особою навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського 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 Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

- вчинення Страхувальником або Застрахованою особою навмисного злочину, що призвів до страхового випадку;

- надання Страховику свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування (стан здоров'я Застрахованої особи) під час укладання Договору страхування або подання

Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку;

- не надання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;
- несвоєчасне повідомлення Страховика (пункт 9.2.3. цих Правил) про настання страхового випадку без поважних на це причин;
- інші випадки, передбачені законодавством України.

11.3. При наявності сумнівів у підставах для здійснення страхової виплати відстрочити її до отримання підтвердження чи спростування цих сумнівів на термін, що не може перевищувати 3 (три) місяці.

11.4. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до виплати яких призвели ці дії.

11.5. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинуватості Страхувальника (Застрахованої особи).

11.6. При відмові у страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі обґрунтовані причини відмови в строк не більше семи робочих днів з дня прийняття рішення про відмову.

12. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

12.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування, що відповідають умовам цих Правил, вносяться лише за письмовою згодою Сторін.

12.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування, Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

12.4. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового платежу відповідно до збільшення ризику.

12.5. В період дії Договору страхування, Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні Договору страхування, якщо ці зміни можуть впливати на збільшення страхового ризику.

12.6. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового платежу відповідно до збільшення ризику.

13. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також:

13.1.1. При закінченні строку дії Договору страхування – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення його дії;

13.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань у повному обсязі;

13.1.3. При несплаті Страхувальником страхового внеску або першої частини страхового внеску (якщо це передбачено Договором страхування), у строки, передбачені

Договором страхування. При цьому, Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не було сплачено за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору - з дня підписання Договору страхування обома Сторонами;

13.1.4. У випадку втрати Страхувальником прав юридичної особи внаслідок ліквідації або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування» – з дня, наступного за датою підписання відповідних документів;

13.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України - з дня, наступного за днем підписання відповідних документів;

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

13.1.7. В інших випадках, передбачених законом України.

13.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути достроково припинена Страховиком, якщо на це не має згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законом України.

13.3. Страховик може 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.

13.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладанні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору .

13.5. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, як за 30 днів до запропонованої дати припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

13.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

13.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що лишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

14. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страховиком та Страхувальником (Застрахованою особою), розв'язуються шляхом переговорів.

14.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру страхового випадку, розміру страхових виплат вирішуються Сторонами із залученням експертів та оплатою їх послуг Стороною, яка запрошує експерта.

14.3. При неможливості врегулювання спірних питань справа розглядається у судовому порядку, відповідно до законодавства України.

15. ОСОБЛИВІ УМОВИ

15.1. За згодою Сторін Договору умови страхування можуть бути змінені, доповнені, або замінені іншими умовами, загальноприйнятими в міжнародній страховій практиці, якщо це не суперечить чинному законодавству України та відповідає умовам цих Правил.

15.2. З метою удосконалення страхових послуг, Страховик може розробляти різні програми страхування, що не суперечать законодавству України та умовам цих правил.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ)

1. ПРОГРАМА «СТАЦІОНАРНЕ ЛІКУВАННЯ»

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми стаціонарної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з моменту отримання направлення лікаря та невідкладно у разі гострого захворювання або визначеного договором нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов (санітарно-протиепідемічного режиму), виконання всіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментом, оплата вартості обстеження (розхідних матеріалів), харчування, консультацій, оперативних втручань.

Страховик оплачує медичній установі, з якою укладена угода, витрати на госпіталізацію за представленими рахунками. В разі лікування Застрахованої особи в медичному закладі, з яким Страховик не перебуває у договірних стосунках оплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі на підставі документів, означених у договорі страхування.

<i>Кількість осіб, що страхується</i>	<i>Страховий тариф на одну Застраховану особу, % від страхової суми</i>
1 - 100	13,6
101 - 1000	10,0
1001 - 5000	7,0
Понад 5000	4,0

2. ПРОГРАМА «АМБУЛАТОРНО – ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА»

Програма згідно з умовами договору страхування гарантує надання та оплату амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів необхідного профілю у закладах охорони здоров'я, в тому числі у денному стаціонарі, з оплатою вартості ліків, фізіотерапевтичного лікування, масажу, водолікування та грязелікування за медичними показниками та проведеного обстеження після закінчення повного курсу амбулаторного лікування.

Програма включає в межах страхової суми:

- оплату висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів;
- проведення в повному обсязі лабораторних, рентгенологічних та інструментальних методів обстеження;
- оплату витрат при лікуванні в умовах «стаціонару на дому»;
- хірургічні операції, що здійснюються в умовах поліклініки, крім косметологічних втручань.

<i>Кількість осіб, що страхується</i>	<i>Страховий тариф на одну Застраховану особу, % від страхової суми</i>
1 - 100	6,4
101 - 1000	5,6
1000 - 5000	5,0
Понад 5000	3,0

3. ПРОГРАМА «ШВИДКА ДОПОМОГА»

Програма гарантує оплату в межах страхової суми висококваліфікованої невідкладної медичної допомоги виїзних загально-профільних та спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги за представленими рахунками.

<i>Кількість осіб, що страхується</i>	<i>Страховий тариф на одну Застраховану особу, % від страхової суми</i>
1 - 100	2,5
101 - 1000	2,2
1001 - 5000	2,0
Понад 5000	1,5

4. ПРОГРАМА «СТРАХУВАННЯ ДІТЕЙ»

При страхуванні дітей віком від 3 до 16 років в залежності від обраної Програми (1, 2, 3) для визначення страхових тарифів застосовуються (шляхом множення на базовий тариф по відповідній Програмі та для відповідної кількості застрахованих) корегувальні коефіцієнти, викладені в наступній Таблиці:

<i>Вік застрахованої особи</i>	<i>Програма медичного страхування</i>	<i>Корегувальний коефіцієнт</i>
3 – 7	«Програма 1»	1,4
	«Програма 2»	1,3
	«Програма 3»	1,2
8 - 16	«Програма 1»	1,1
	«Програма 2»	1,2
	«Програма 3»	1,2

При укладанні Договору страхування на термін до 1 року страховий тариф на кожну Застраховану особу визначається в залежності від терміну дії Договору страхування у відсотках від розміру річного страхового тарифу, розрахованого згідно відповідних програм страхування:

<i>Термін дії договору, місяців</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<i>Відсоток від річного тарифу, %</i>	25	35	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Страховий тариф за неповний місяць Договору страхування розраховується, як за повний місяць.

При страхуванні на умовах комплексного медичного обслуговування (програми 1, 2 та 3), відповідні тарифи підсумовуються.

При укладанні Договору страхування тариф може бути підвищено або знижено в залежності від ступеню ризику та конкретного переліку медичних послуг за допомогою корегувальних коефіцієнтів у діапазоні від 0,2 до 2,0. Конкретний розмір страхового тарифу визначається шляхом множення базового тарифу на корегувальний коефіцієнт.

Норматив витрат на ведення справи в зазначених страхових тарифах складає 35 %.

Актуарій



Ю.В. Клименко

(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)

Прозито, пронумеровано та
сріплено печаткою 12 арк.

Генеральний директор Н.П. Пшеченко

