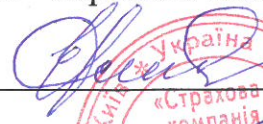


“ЗАТВЕРДЖЕНО”
Голова Правління
ЗАТ “Страхова компанія “КРЕДО-КЛАСИК”


_____ Ю.П. Єфімов
“ 27 ” _____ 2006 р.



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

м. Київ, 2006 р.

ЗМІСТ.

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.....	6
4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.	6
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	7
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	8
7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ. ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ.....	9
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	11
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	12
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ	14
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	15
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	17
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ЗДІСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	18
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	19
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	20
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	20
17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.....	20
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	21
 ДОДАТОК 1. БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ.....	22
ДОДАТОК 2. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	25

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ.

Кожен термін, що визначається у цьому розділі Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ЗАТ „Страхова компанія „Кредо-Класик” (надалі – „Правила”), має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті Правил.

Амбулаторна медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у Медичному закладі у разі її самостійного відвідування Медичного закладу, а також медична допомога, яку Застрахована особа отримує із залученням Медичного персоналу, що періодично відвідує Застраховану особу.

Безоплатна медична (лікувально-профілактична) допомога - медична допомога, видатки на фінансування якої покриваються за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів та коштів фондів соціального страхування в порядку, встановленому законом.

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником при укладенні Договору страхування для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку. Страхувальник може змінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено Договором страхування.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті – встановлена Договором страхування частина (відсоток) страхової суми (ліміту страхової суми), яку при настанні страхового випадку сплачує Страхувальник (Застрахована особа) самостійно та яка вираховується Страховиком при визначенні розміру страхової виплати.

Госпіталізація, Стаціонар - розміщення Застрахованої особи в якості пацієнта в установу, що має відповідну ліцензію на медичну практику або що є лікувально-профілактичною установою, з метою надання їй стаціонарної медичної допомоги (у тому числі у відділенні денного стаціонару).

Договір страхування - письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно якої Страховик приймає на себе зобов'язання при настанні страхового випадку виплатити страхове відшкодування в межах страхової суми (надати допомогу, послугу), а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором страхування терміни та виконувати інші умови Договору.

У даних Правилах (див. Правила) – це Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) .

Застрахована особа - фізична особа, про страхування якої за її згодою укладається Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника за Договором страхування.

Каренція – період, що починається з дати укладання Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу надання медичної допомоги та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

Особливості встановлення Каренції визначаються цими Правилами та /або Договором страхування.

Лікарські засоби - фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни, призначені лікарем для надання медичної допомоги, використання яких дозволено згідно законодавства.

Ліміт страхової суми - обмеження страхової суми по окремим страховим випадкам, видам медичної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування, та/або по окремим нозологіям, що встановлюється у Договорі страхування.

Медична (лікувально-профілактична) допомога - медична послуга чи комплекс медичних послуг, що надаються медичними працівниками з використанням професійних знань, навичок та вимог відповідних державних соціальних стандартів, і спрямовані на

забезпечення профілактики захворювань, травм, отруєнь, обстеження стану здоров'я людини, діагностики, лікування, догляду і реабілітації у зв'язку із захворюваннями, іншими розладами здоров'я, вагітністю та пологами.

Медичні послуги - послуги, що надаються медичними працівниками та іншими відповідними кваліфікованими фахівцями з метою збереження та врятування життя, відновлення та поліпшення здоров'я людини, які є ідентифікованими елементами медичної допомоги.

Медичний заклад – юридичні особи - суб'єкти господарської діяльності незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, а також фізичні особи, зареєстровані у встановленому законодавством порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну) допомогу та послуги опікування.

Медичний персонал - особи, які мають відповідну освіту, і які мають право займатись медичною практикою, надавати медичну допомогу відповідно до рівня своєї кваліфікації згідно із законодавством.

Невідкладна (швидка) медична допомога - надання невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі у разі, якщо є загроза її життю і здоров'ю.

Невідкладна стоматологічна допомога - медична допомога при гострому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямована на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, не передбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась у строк і у місці дії Договору страхування і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

Нозологія – (від грецького νόσος – хвороба та ...логія; буквально – вчення про хворобу). В сучасній медичній літературі термін “нозологія” (“нозологічна одиниця”) вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

Правила - Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ЗАТ „Страхова компанія „Кредо-Класик”.

Програма страхування – Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), яка включає перелік медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

У Програмі страхування, що є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною, зазначається перелік медичної допомоги (послуг), страхова сума, ліміти страхової суми по окремим видам медичної допомоги (послуг) та/або нозологіям, порядок організації медичної допомоги, перелік Медичних закладів, в якій Застрахована особа може отримати медичну допомогу, передбачену Програмою страхування, страховий тариф, розмір страхового платежу за Програмою страхування, який повинен сплатити Страхувальник, строк Каренції, встановлений по Програмі страхування, та інші умови.

Базова Програма добровільного медичного страхування – це Базова Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), що зазначена у Додатку 1 до цих Правил.

Сервісна картка - іменний документ, що видається Застрахованій особі при укладанні Договору страхування, та містить довідкову інформацію (номер Договору страхування, строк його дії, координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку тощо).

Стан здоров'я - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає лікар та яка підтверджується медичною документацією.

Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов договору страхування.

Страховий акт - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Страховий платіж (страхова премія, страховий внесок) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору страхування.

Страховий випадок – подія, передбачувана договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі.

Страховий сертифікат, страхове свідоцтво, страховий поліс - документ, що посвідчує факт укладання Договору страхування і який є формою 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 – Закрите акціонерне товариство “Страхова компанія ”Кредо-Класик” (скорочена назва - ЗАТ “СК ”Кредо-Класик”).

Страховик відповідно до законодавства України здійснює комплекс заходів по вивченню, оцінці і управлінню страховими ризиками; згідно з Правилами та умовами Договору страхування одержує від Страхувальника Страхові платежі, здійснює страхову виплату при настанні страхових випадків, виконує інші умови Договору страхування.

Страхувальник – юридична чи дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Уповноважений Представник Страховика – юридична особа або фізична особа - суб'єкт підприємницької діяльності, яка за дорученням та/або за рахунок коштів Страховика при настанні страхового випадку здійснює організацію надання та оплату медичної допомоги Застрахованій особі.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

2.1. Ці Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі по тексті – „Правила”) розроблені Закритим акціонерним товариством “Страхова компанія “Кредо-Класик” згідно із Законом України “Про страхування”, нормативно - правовими актами цивільного законодавства України.

2.2. На підставі цих Правил Страховик укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі по тексті – „Договір страхування”).

2.3. Суб'єктами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) є: Страховик, Страхувальник, Застрахована особа.

2.3.1. Страхувальниками згідно з Правилами можуть бути юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми – резиденти та нерезиденти України, дієздатні фізичні особи –

громадяни України, іноземні громадяни, особи громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах.

2.3.1.1. Страхувальники - юридичні особи можуть укласти Договори страхування лише на користь фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи.

2.3.1.2. Страхувальник – дієздатна фізична особа може укласти Договір страхування як на свою користь, так і на користь третьої фізичної особи, зазначеної у Договорі страхування як Застрахована особа.

Якщо Страхувальник - фізична особа уклав Договір страхування на власну користь, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.3.1.3. Застраховані особи – фізичні особи, на користь яких відповідно до цих Правил укладаються Договори страхування та які мають право на отримання медичної допомоги згідно з умовами Договору страхування.

Згідно з цими Правилами Застрахованими можуть бути особи від моменту народження до 75 (сімдесяти п'яти) років включно.

Особи віком понад 75 (сімдесят п'ять) років приймаються на страхування на спеціальних умовах, обумовлених у Договорі страхування.

На страхування не приймаються особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах (з приводу венеричних захворювань), центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій, інваліди I-ої, II-ої груп, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

2.4. Надавачами медичної допомоги згідно з цими Правилами є Медичні заклади, які за договорами про надання медичної допомоги зі Страховиком надають Застрахованим особам медичну допомогу на умовах та у обсягах, передбачених Договором страхування та цими Правилами.

3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ.

3.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям Застрахованої особи.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.

4.1. Страховим ризиком є стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), що потребує надання та оплати медичної допомоги.

4.2. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування до Медичного закладу, зазначеного в Договорі страхування, при такому стані здоров'я, що потребує медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у тому числі імунопрофілактичної) та іншої допомоги відповідно до умов Договору страхування та зазначеної в ньому Програми страхування, а також звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до інших Медичних закладів, що не зазначені в Договорі страхування (у тому числі розташованих в інших регіонах України), якщо таке звернення погоджено та організовано Страховиком, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу.

4.3. Страховий випадок вважається таким, що закінчився, якщо за медичними показаннями зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу цього звернення Страхувальника (Застрахованої особи).

4.4. Договором страхування може бути передбачено обмеження кількості звернень Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування з приводу

надання та оплати медичної допомоги за окремим видом медичної допомоги, Програмою страхування, нозологією тощо.

4.5. Перелік медичної допомоги, за надання якої Застрахованій особі при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування, узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається у ньому у вигляді Програми страхування, що є додатком та невід'ємною частиною Договору страхування.

4.6. Базові Програми добровільного медичного страхування наведені у Додатку 1 до цих Правил.

Договір страхування може бути укладено як на умовах одночасно декількох Базових програм добровільного медичного страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил, так і на умовах однієї з них.

4.7. При укладанні Договору страхування Страхувальник та Страховик за взаємною згодою можуть обмежити або доповнити додатковими медичними послугами перелік медичної допомоги, передбачений Базовими програмами добровільного медичного страхування.

4.8. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види медичної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі), не зазначені у Базових Програмах добровільного медичного страхування, які не суперечать цим Правилам та законодавству, за надання яких згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату.

4.9. Страхування може бути здійснено також за індивідуальною Програмою страхування, складеною за згодою Страховика і Страхувальника, яка не суперечить цим Правилам.

4.10. У будь-якому випадку конкретний перелік і обсяг Програми страхування узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

5.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу страхової виплати за отриману медичну допомогу, якщо:

5.1.1. стан здоров'я Застрахованої особи або травма, що потребує надання медичної допомоги, виник(виникла) або медична допомога була отримана поза строком та місцем строку дії Договору страхування;

5.1.2. медична допомога не передбачена умовами Договору страхування і Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування;

5.1.3. медична допомога, надана медичним закладом, що не передбачений умовами Договору страхування, або не узгоджена із Страховиком чи уповноваженим Представником Страховика відповідно до умов Договору страхування;

5.1.4. медична допомога, що подається безоплатно всім громадянам, видатки на фінансування якої покривається за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів фондів соціального страхування в порядку, встановленому законом, благодійних та інших фондів;

5.1.5. медична допомога окремим категоріям населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язаною із станом здоров'я людини ознакою, що фінансується Державного бюджету України або місцевих бюджетів, благодійних та інших фондів;

5.1.6. стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичної допомоги, або отримана нею травма є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членушкодження), встановлених у відповідному порядку, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.7. стан здоров'я Застрахованої особи або травма, що стали наслідками некваліфікованого самолікування, надання медичної допомоги юридичною або фізичною особою, що не має відповідної ліцензії (акредитації) або освіти;

5.1.8. якщо Застрахованій особі було відомо до укладення Договору страхування про існування стану здоров'я, що потребує надання медичної допомоги, але про який вона не повідомила Страховика чи його уповноважених осіб.

5.2. Не є страховим випадком, якщо інше не обумовлено Договором страхування, звернення Застрахованої особи з приводу надання та оплати медичної допомоги, якщо стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідками:

- а) впливу ядерної енергії в будь-якій формі;
- б) військових дій, військових маневрів та інших військових заходів;
- в) громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів;
- г) стихійних лих.

5.3. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування, у разі надання медичної допомоги Застрахованій особі з приводу:

5.3.1. венеричних захворювань (згідно рішення МОЗ від 1995 р. до таких відносяться: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкроїд, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднерельоз, уреоплазма, мікоплазма, аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом), СНІДу незалежно від термінів виявлення;

5.3.2. захворювань, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ);

5.3.3. алкоголізму, наркоманії, токсикоманії незалежно від термінів виявлення та будь-яких їх наслідків;

5.3.4. патологічних станів Застрахованої особи або отриманих нею травм, що є наслідками алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння, вживання медичних препаратів з метою або у стані сп'яніння, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

5.3.5. хронічних захворювань в термінальній стадії;

5.3.6. психічних захворювань;

5.3.7. косметичних процедур і операцій (крім випадків, коли косметичні операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків тощо, що сталися упродовж строку дії Договору страхування);

5.3.8. штучного переривання вагітності (за винятком випадків переривання вагітності за медичними показаннями).

5.4. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо:

5.4.1. медичну допомогу одержала інша особа, яка не застрахована за Договором страхування;

5.4.2. Застрахована особа відмовилась від медичної допомоги.

5.5. Конкретний перелік виключень із страхових випадків та обмежень страхування зазначається в Договорі страхування.

5.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування, що не суперечать цим Правилам і законодавству.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

6.1. Договір страхування укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк.

Дати початку та закінчення строку дії Договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Датою сплати Страхувальником страхового платежу є дата зарахування відповідної суми грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

6.3. Дія Договору страхування закінчується о 24-й годині дати, зазначеної у Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування, якщо інші обставини (див. розділ 15 Правил) не призвели до дострокового припинення Договору страхування.

6.4. Для окремих страхових випадків, Програм страхування та/або видів медичної допомоги у Договорі страхування може бути встановлений період Каренції.

Тривалість періоду Каренції встановлюється у Договорі страхування.

Упродовж періоду Каренції, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, Страховик не здійснює страхову виплату при зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) з приводу захворювань та інших станів здоров'я, що потребують надання та оплати медичної допомоги, крім випадків надання і оплати медичної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) при настанні нещасних випадків.

6.5. Період Каренції, обумовлений в Договорі страхування, може бути відмінено за умови сплати Страхувальником додаткового страхового платежу, про що укладається Додаткова угода до діючого Договору страхування.

6.6. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо в Договорі страхування не зазначено інше.

6.7. Договором страхування може бути обумовлено місце надання медичної допомоги - конкретний перелік Медичних закладів, у яких Застрахована особа може отримати медичну допомогу згідно з умовами Договору страхування.

Місце надання Медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовленій в Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ. ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ.

7.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страхувальника і Страховика під час укладання Договору страхування та/або внесення змін до Договору страхування.

7.2. Страхова сума встановлюється по Договору страхування в цілому або по кожній Програмі страхування окремо та зазначається у Договорі страхування.

7.4. У Договорі страхування Страховик може встановлювати обмеження (ліміти) страхової суми по окремим страховим випадкам, групам страхових випадків, окремим видам медичної допомоги Застрахованій особі, що передбачені Програмою страхування, зазначеною у Договорі страхування.

7.5. Ліміт страхової суми може бути встановлений зокрема, такими способами:

7.5.1. по всім страховим випадкам за рік по кожній Програмі страхування окремо, що зазначена в Договорі страхування, або за Договором страхування в цілому;

7.5.2. по окремим видам медичної допомоги та/або по окремим нозологіям;

7.5.3. по кожному та будь-якому страховому випадку, передбаченому Договором страхування.

7.6. Страхова сума (ліміт страхової суми) встановлюється і зазначається у Договорі страхування в грошовій одиниці України (гривні).

7.7. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, страхова сума за Договором страхування може бути встановлена в іноземній вільно конвертованій валюті.

7.8. Договором страхування може бути передбачена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті – це обумовлена в Договорі страхування сума, яку Страхувальник (Застрахована особа) при настанні страхового випадку сплачує самостійно.

Залежно від конкретних умов Договору страхування, в якому обумовлена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті, Страховик починає здійснювати страхову виплату, якщо сума страхової виплати за надану медичну допомогу досягла розміру Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті, обумовленої Договором страхування, або при кожному страховому випадку Страхувальник (Застрахована особа) сплачує самостійно обумовлену Договором страхування суму Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) може бути обумовлена в Договорі страхування для окремої Програми страхування, що зазначена в Договорі страхування, окремого виду медичної допомоги, окремої нозології.

7.9. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

Базові річні страхові тарифи по Базовим Програмам добровільного медичного страхування зазначені у Додатку 2 до цих Правил.

7.10. Конкретний розмір страхового тарифу за конкретною Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування, або за Договором страхування в цілому обчислюється на підставі таблиці Базових річних страхових тарифів по Базовим Програмам добровільного медичного страхування з урахуванням результатів медичного анкетування, попереднього медичного огляду Застрахованих осіб лікарем, призначеним Страховиком, віку, статі Застрахованої особи, вартості медичних послуг, строку, місця дії Договору страхування, наявності Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страхових виплатах, обмежень (лімітів) страхової суми, інших обставин, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.

Обчислений таким чином при укладанні Договору страхування страховий тариф зазначається у Договорі страхування.

7.11. За Договорами страхування, укладеними на строк до 1 (одного) року, (короткострокове страхування), страховий тариф за Договором страхування розраховується за формулою:

$$T = PT \times K, \text{ де}$$

T - страховий тариф за Договором страхування,

PT – річний страховий тариф, обчислений згідно пункту 7.8 Правил;

K – коефіцієнт короткостроковості, що обирається за Таблицею №1 залежно від кількості місяців строку дії Договору страхування (при цьому неповний місяць приймається за повний):

Таблиця №1

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

7.12. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми за окремою Програмою страхування або Договором страхування в цілому на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з пунктом 7.10 Правил, та зазначається у Договорі страхування.

7.13. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладанні Договору страхування, якщо інше не зазначене в Договорі страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

7.14. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу декількома частинами. При цьому строки сплати першої і кожної наступної частини страхового платежу обумовлюються в Договорі страхування.

7.15. Страховий платіж сплачується Страхувальником згідно статті 19 Закону України „Про страхування”: Страхувальник – резидент згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільно конвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.16. Страхувальник може сплатити страховий платіж за Договором страхування шляхом безготівкового переказу на поточний рахунок або готівкою в касу Страховика.

Датою сплати страхового платежу визнається:

7.16.1. дата зарахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика - при безготівкових розрахунках;

7.16.2. дата сплати готівкових коштів у касу Страховика – при розрахунках готівкою.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

8.1. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника про намір укласти Договір страхування за формою, встановленою Страховиком.

8.2. У Заяві Страхувальника про намір укласти Договір страхування Страхувальник на запит Страховика зобов'язаний дати відповіді на всі поставлені запитання, що мають відношення до визначення ступеню ризику стосовно об'єкту страхування, повідомити Страховику всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ймовірності настання страхового випадку (зокрема, прізвище, стать, адреса проживання, місце і строк страхування, Програма страхування, страхова сума, відомості про стан здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування тощо).

Суттєвими визнаються обставини, детально описані Страховиком у типовому Договорі страхування (страховому полісі, страховому сертифікаті, страховому свідоцтві), Заяві (анкеті) про намір укласти Договір страхування чи у письмовому запиті Страховика.

8.3. Договір страхування може бути укладений на користь однієї особи або одночасно на користь декількох осіб.

У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання.

8.4. При укладанні Договору страхування на користь третіх осіб Страхувальник надає Страховику документальне підтвердження письмової згоди таких осіб на страхування.

Якщо Договір страхування укладається на користь недієздатних або частково дієздатних осіб, Страховику надається письмова згода батьків, опікунів або піклувальників.

8.5. У разі необхідності при укладанні Договору страхування Страховик може здійснювати медичне анкетування, а при необхідності - медичне обстеження особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування.

При цьому Страховик залишає за собою право на отримання від Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, будь-якої додаткової інформації про стан здоров'я такої особи.

У разі відмови Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, заповнити медичну анкету або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика, Страховик може відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

8.6. На підставі даних, повідомлених Страхувальником у заяві про намір укласти Договір страхування, в анкеті (анкетах) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, а також та за результатами її (їх) медичного обстеження і отриманої додаткової інформації про стан її (їх) здоров'я Страховик приймає рішення про укладання або відмову в укладанні Договору страхування.

8.7. Факт укладання Договору страхування посвідчується видачею Страхувальнику примірника Договору страхування.

8.8. Договір страхування може бути укладений шляхом вручення Страхувальнику на підставі його письмової або усної Заяви про намір укласти Договір страхування страхового полісу (страхового свідоцтва, страхового сертифікату) і Правил (або витягу з Правил).

8.9. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування, анкета про стан здоров'я, а також результати медичного обстеження (якщо обстеження здійснювалось) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

8.10. Додатково до примірника Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, страхового сертифікату) Страховик може видати Застрахованій особі Сервісну картку.

Сервісна картка є іменним документом і містить довідкову інформацію (номер і строк дії Договору страхування, координати, за якими необхідно звертатись до Страховика (або уповноваженого Представника Страховика) при настанні страхового випадку).

Сервісна картка є додатком Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, страхового сертифікату).

9. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

9.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

9.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

9.1.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним Договір страхування;

9.1.5. тримати в таємниці відомості про стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) і його майновий стан, що стали йому відомими у зв'язку з укладенням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

9.1.6. у разі відмови у страховій виплаті чи відстрочення страхової виплати повідомити про це Страхувальника у строк, встановлений Договором страхування, із зазначенням причин відмови чи відстрочки;

9.1.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика, що не суперечать цим Правилам і законодавству України.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. при укладанні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, яка необхідна для оцінки ступеню страхового ризику;

9.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування; отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові

відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти за власний кошт медичний огляд у вказаних Страховиком медичних закладах;

9.2.3. самостійно з'ясовувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику (Застрахованій особі), направляти запити до компетентних органів з метою отримання відповідних висновків, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку;

9.2.4. у разі зміни ступеню страхового ризику або збільшення вартості медичної допомоги вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування і сплати додаткового страхового платежу;

9.2.5. відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати у разі виникнення сумнівів щодо причин, обставин страхового випадку і вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;

9.2.6. відмовити у виплаті страхової суми (її частини) згідно з розділом 14 Правил;

9.2.7. вносити зміни у Договір страхування згідно з пунктом 18.2 Правил;

9.2.8. ініціювати дострокове припинення Договору страхування згідно з розділом 15 Правил;

9.2.9. організовувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних Медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "03" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезу за бажанням Застрахованої особи у Медичний заклад, передбачений Договором страхування.

9.2.9. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика, що не суперечать цим Правилам і законодавству України.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та у строки, встановлені Договором страхування;

9.3.2. при укладанні Договору надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (зокрема, професії Застрахованої особи, місця роботи, заняття спортом, про зміни стану здоров'я Застрахованої особи, при страхуванні колективу (групи осіб) - про захворюваність співробітників, зміну умов праці, що підвищують ризик захворювань Застрахованих осіб або травматизму, тощо).

9.3.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування;

9.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

9.3.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника, що не суперечать цим Правилам і законодавству України.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. при укладенні Договору страхування по відношенню до неї повідомляти Страховика про всі відомі Застрахованій особі обставини, що мають значення для оцінки ступеню страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, захворювання найближчих родичів Застрахованої особи тощо);

9.4.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до розділу 10 Правил;

9.4.3. виконувати всі рекомендації Страховика (уповноваженого Представника Страховика) щодо отримання і оплати медичної допомоги при настанні страхового випадку;

9.4.4. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин і причин страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

9.4.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи, що не суперечать цим Правилам і законодавству України.

9.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- 9.5.1. одержати будь-які роз'яснення укладеним Договором страхування і Правилами;
- 9.5.2. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору страхування;
- 9.5.3. при настанні страхового випадку вимагати надання кваліфікованої медичної допомоги згідно з умовами Договору страхування;
- 9.5.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги.
- 9.5.5. вносити зміни у Договір страхування згідно з пунктом 18.2 Правил;
- 9.5.6. ініціювати дострокове припинення Договору страхування згідно з розділом 15 Правил;
- 9.5.7. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком;
- 9.5.8. отримати дублікат Договору (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) в разі його втрати
- 9.5.9. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать цим Правилам і законодавству України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ.

10.1. При настанні страхового випадку Застрахована особа звертається у Медичні заклади, передбачені Договором страхування, або безпосередньо до Страховика чи уповноваженого представника Страховика за адресою або телефонами, зазначеними у Договорі страхування та/або Сервісній картці, та повідомляє наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату) та строк його дії;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на вимогу Страховика або уповноваженого Представника Страховика.

10.2. Медична допомога Застрахованій особі надається у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування.

Якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування, Страховик або уповноважений Представник Страховика сприяє організації надання медичної допомоги в іншому Медичному закладі. При цьому вибір Медичного закладу здійснюється Страховиком.

10.3. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у Медичних закладах, які співробітничать із Страховиком (уповноваженим Представником Страховика) (наприклад, при виявленні туберкульозу тощо), Страховик (уповноважений Представник Страховика) сприяє у направленні Застрахованої особи у спеціалізовані медичні заклади.

10.4. У випадку необхідності надання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до пункту 10.1 Правил, Застрахована особа може самостійно звернутися до Медичного закладу за отриманням медичної допомоги. В такому разі Застрахована особа, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити Страховика (його представника) про настання страхового випадку як тільки це стане

можливим (але не пізніше 48 годин) з моменту звернення за швидкою (екстреною) медичною допомогою.

10.5. У разі, якщо Застрахована особа (Страхувальник) самостійно оплатила(в) вартість медичної допомоги за згодою зі Страховиком та якщо це передбачено умовами Договору страхування, для отримання страхової виплати вона (він) повинна(ен) звернутися до Страховика, надати Страховику заяву про страхову виплату та всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку, згідно з розділом 11 Правил та Договором страхування.

10.6. Упродовж строку дії Договору страхування Страхувальник, Застрахована особа повідомляє Страховика про будь-які зміни в обставинах, що можуть призвести до збільшення ступеню страхового ризику.

Під збільшенням ступеня страхового ризику потрібно розуміти будь-які обставини, про які стало відомо Страховику упродовж строку дії Договору страхування і які з високим ступенем вірогідності можуть призвести до настання страхового випадку, у тому числі обставини, про які Страхувальник знав або повинен був знати, але не повідомив під час укладання Договору страхування або упродовж строку дії Договору страхування і які збільшують ступінь страхового ризику (до таких обставин відносяться, зокрема, випадки виявлення у Застрахованій особи хронічного захворювання, групи інвалідності, вагітності тощо).

Повідомлення про збільшення ступеню страхового ризику може бути здійснено працівником Медичного закладу, у якому Застрахованій особі надається медична допомога.

10.7. Страховик залишає за собою право вимагати внесення змін в умови Договору страхування, сплати Страхувальником суми додаткового страхового платежу у випадку збільшення ступеню страхового ризику з будь-якої причини, що є суттєвою для ступеню страхового ризику з погляду Страховика.

Рішення Страховика про внесення змін в умови Договору страхування діє з моменту укладення додаткової угоди до діючого Договору страхування. До моменту укладення додаткової угоди про внесення змін в умови Договору страхування Договір страхування діє на попередньо визначених умовах.

10.8. Якщо Страхувальник заперечує проти внесення змін в Договір страхування у випадку, зазначеному у пункті 10.7 Правил, Страховик залишає за собою право припинити Договір страхування згідно з розділом 15 Правил.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНІЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

11.1. Якщо при настанні страхового випадку медична допомога Застрахованій особі була надана безпосередньо Медичним закладом, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, є:

- письмова заява Застрахованої особи про виплату страхового відшкодування або задокументоване звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу надання та оплати медичної допомоги;
- оригінали або завірені належним чином копії медичної документації (консультативні висновки, копії або витяги з амбулаторної картки чи історії хвороби із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати її звернення до медичного закладу, діагнозу, переліку та вартості наданої медичної допомоги, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо), листа тимчасової непрацездатності або довідки з медичного закладу;
- рецепти на призначені лікарські засоби, виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви, кількості лікарського засобу, дати виписки рецепту, прізвища

Застрахованої особи, з печаткою, прізвищем лікаря, який виписав рецепт, з відміткою аптеки про їх відпуск Застрахованій особі;

- у разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за необхідністю), довідка з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;
- оригінали рахунків-фактур медичного закладу за надану Застрахованій особі медичну допомогу, звіти, акти виконаних робіт.

До вищезазначених документів додається примірник або копія Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату), копія документу, що посвідчує Застраховану особу, довідка (оригінал або копія) про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера.

11.2. Якщо згідно з умовами Договору страхування Застрахована особа, Страхувальник самостійно оплатила(в) вартість медичної допомоги, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, є:

- письмова заява Застрахованої особи (Страхувальника) про страхову виплату;
- оригінал Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату);
- документ, що посвідчує Застраховану особу (Страхувальника - фізичну особу), або документи, що посвідчують Страхувальника – юридичну особу;
- довідка (оригінал або належним чином завірена копія) про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера;
- медична документація (консультативні висновки, копії або витяги з амбулаторної картки, історії хвороби, із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати її звернення до Медичного закладу (лікаря), діагнозу, переліку і вартості наданих медичних послуг, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо), лист тимчасової непрацездатності або довідка з Медичного закладу;
- рецепти на призначені лікарські засоби, виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви, кількості лікарського засобу, дати виписки рецепту, прізвища Застрахованої особи, з печаткою, прізвищем лікаря, який виписав рецепт, з відміткою аптеки про їх відпуск Застрахованій особі;
- у разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за необхідністю), довідка з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;
- рахунки медичного закладу на оплату наданої Застрахованій особі медичної допомоги; платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Застрахованою особою / Страхувальником вартості наданої медичної допомоги;
- у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи - доручення, видане Застрахованою особою (Страхувальником) довіреній особі.

11.3. Якщо при настанні страхового випадку організація надання і оплата медичної допомоги Застрахованій особі була здійснена уповноваженим Представником Страховика, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, є:

- письмова заява Застрахованої особи, Страхувальника про страхову виплату або задокументоване уповноваженим Представником Страховика звернення Застрахованої особи, Страхувальника до Страховика про надання Застрахованій особі медичної допомоги;

- завірені належним чином копії медичної документації (консультативного висновку, амбулаторної картки, витягу або копії історії хвороби із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати звернення до Медичного закладу, діагнозу, переліку наданої медичної допомоги, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо), листа тимчасової непрацездатності або довідки з медичного закладу;
- завірена належним чином копія рахунку-фактури з Медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом) із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати звернення до медичного закладу (лікаря), діагнозу, тривалості лікування, переліку і вартості медичної допомоги, дати її надання, та документів, які підтверджують факт її надання Застрахованій особі;
- завірені належним чином копії рецептів на призначені лікарські засоби, виписаних на стандартних рецептурних бланках, в яких зазначено назву, кількість лікарського засобу, дата виписки рецепту, прізвище Застрахованої особи, діагноз, печатка, прізвище та ініціали лікаря, який виписав рецепт;
- у разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за необхідністю), довідка з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього;
- звіти, акти виконаних робіт, копії оплачених уповноваженим Представником Страховика рахунків – фактур Медичних закладів за надану Застрахованій особі медичну допомогу;
- копії платіжних документів з відмітками установи банку про оплату уповноваженим Представником Страховика медичної допомоги Застрахованій особі, виписки з банківського рахунку Представника Страховика.

До вище зазначених документів додається примірник або копія Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату), копія документу, що посвідчує Застраховану особу, довідка (оригінал або копія) про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера.

11.4. Страховик залишає за собою право у спірних випадках вимагати додаткові документи про настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, а також проведення додаткового медичного обстеження Застрахованої особи у визначених ним Медичних закладах.

11.5. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, зазначається у Договорі страхування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюються Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

12.2. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування та/або цих Правил, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі страхування.

12.3. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку згідно з Договором страхування, визначається на підставі рахунків Медичних закладів, уповноваженого Представника Страховика.

12.4. Якщо умовами Договору страхування передбачена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті, розмір Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) вираховується із суми страхової виплати.

12.5. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, можуть бути:

12.5.1. Медичний заклад, що надавав передбачену Договором страхування та Правилами медичну допомогу Застрахованій особі;

12.5.2. уповноважений Представник Страховика, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок медичного закладу вартість медичної допомоги Застрахованій особі;

12.5.3. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком відповідно до умов Договору страхування самостійно оплатила вартість медичної допомоги;

12.5.4. Страхувальник, який за погодженням зі Страховиком самостійно сплатив вартість медичної допомоги Застрахованій особі.

12.6. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку. Якщо Застрахованою особою є недієздатна особа, одержувачем страхової виплати є її законні представники.

12.7. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику, довірчій особі), Страхувальнику здійснюється Страховиком упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення страхового акту) шляхом, зазначеним її одержувачем у заяві про страхову виплату, - на банківський рахунок Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника, довірчої особи) або поштовим переказом, готівкою через касу Страховика тощо.

12.8. Страхова виплата на рахунок Медичного закладу або уповноваженого Представника Страховика здійснюється у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.

12.9. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням або видатковим касовим ордером.

12.10. Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, розмір якої зазначається в Договорі страхування.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію, відповідно до укладених Страховиком угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

12.11. Страхова сума, зазначена в Договорі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

12.12. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором страхування стосовно Застрахованої особи.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання

всіх документів, зазначених у розділі 11 Правил, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик на підставі наданих Страхувальником документів складає Страховий Акт.

13.2. Якщо неможливо визначити встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, Страховик подовжує строк прийняття рішення здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування.

13.3. Якщо правоохоронними органами відкрита кримінальна справа проти Страхувальника (Застрахованої особи) і ведеться розслідування, - до закінчення кримінальної справи на стадії дізнання або попереднього розслідування при недоведенні участі Страхувальника (Застрахованої особи) у скоєнні злочину, винесення Страхувальнику (Застрахованій особі) виправдувального вироку, а також інших випадків, які будуть вказувати на відсутність протиправності в діях Страхувальника (Застрахованої особи) відповідно до кримінального законодавства України, якщо вказані дії пов'язані з обставинами, що призвели до настання страхового випадку.

13.4. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів згідно з розділом 11 Правил.

13.5. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав для повної або часткової відмови у страховій виплаті упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

14.1. Причинами відмови у страховій виплаті є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ним (нею) громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

14.1.2. вчинення Страхувальником-громадянином, Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою без поважних на це причин про настання страхового випадку або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин і вартості наданої медичної допомоги;

14.1.5. інші випадки, передбачені законодавством України.

14.2. Договором страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови здійснити страхову виплату, якщо це не суперечить закону.

14.3. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником в суді.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

15.1.1. закінчення строку його дії;

15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів 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;

15.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.5. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України “Про страхування”;

15.1.6. набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Якщо Страхувальник прострочив внесення страхового платежу і не сплатив його протягом 10 (десяти) робочих днів після пред'явлення Страховиком письмової вимоги про сплату страхового платежу, Страховик може відмовитися від Договору страхування, що оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

15.3. Дія Договору може бути достроково припинена на вимогу Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 35%, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.5. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена порушенням умов страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи у розмірі 35%, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за Договором страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

16.1. Спори і розбіжності, які впливають із Договору страхування, розв'язуються шляхом переговорів чи консультацій між сторонами у строки, встановлені Договором страхування.

16.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку, передбаченому законодавством України.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.

17.1. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

17.2. У випадку необґрунтованої відмови Медичного закладу у наданні Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги, передбаченої умовами Договору страхування, надання медичної допомоги у неповному обсязі або неякісної медичної допомоги Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи) вживає заходів щодо надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги у повному обсязі та відповідної якості, передбачених умовами Договору страхування, із залученням іншого Медичного закладу.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

18.1. За згодою Страховика і Страхувальника, до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, що не суперечать законодавству України та цим Правилам, виходячи з конкретних умов страхування.

Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються письмово у вигляді додаткових угод до Договору страхування, які є його невід'ємною частиною.

18.2. Всі повідомлення та відомості, що направляються сторонами Договору страхування одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані / повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою тощо з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним.

18.3. Всі розрахунки сторони здійснюють згідно із законодавством України. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ.

1. Програма "СТАЦІОНАР" (С1).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у Медичних закладах відповідного профілю, що включає:

- госпіталізацію при гострому захворюванні, травмі, отруєнні та іншому розладі здоров'я.
- госпіталізацію при загостренні хронічних захворювань;
- діагностичне обстеження, консультації лікарів всіх спеціальностей;
- терапевтичне та хірургічне лікування;
- знеболювання, наркоз, фізіотерапевтичне лікування;
- надання високо спеціалізованої медичної допомоги;
- лікування у денних стаціонарах;
- забезпечення лікарськими засобами стаціонарного лікування;
- забезпечення лікарськими засобами, необхідними для стаціонарного лікування, у випадку їх відсутності у Медичному закладі;
- забезпечення комфортних готельних послуг (вартість перебування у палаті "люкс", "напівлюкс", одно- чи двомісній);
- забезпечення харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у Медичному закладі, або забезпечення харчування, додаткового до нормативного (за погодженням із Страховиком).

2. Програма "СТАЦІОНАР ПО ШВИДКІЙ ДОПОМОЗІ"(С2).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі стаціонарну медичну допомогу у Медичних закладах відповідного профілю тільки у випадках гострих захворювань, травм, отруєнь та інших наслідків нещасного випадку, що потребують надання невідкладної стаціонарної допомоги.

3. Програма "ШВИДКА ДОПОМОГА" (ШД).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу виїзними бригадами швидкої медичної допомоги, що включає:

- виклик бригади швидкої медичної допомоги через відділ медичного страхування диспетчера Страховика або уповноваженого Представника Страховика;
- виїзд спеціалізованих бригад швидкої допомоги;
- надання швидкої та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- забезпечення лікарськими засобами в умовах швидкої допомоги;
- діагностику в умовах швидкої допомоги;
- госпіталізацію при необхідності в Медичний заклад відповідного профілю.

4. Програма "ПОЛІКЛІНІКА, МЕДИКАМЕНТИ" (П1).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну амбулаторно-поліклінічну допомогу, що включає:

- динамічне спостереження лікаря-терапевта;
- діагностичне обстеження;
- консультації лікарів всіх спеціальностей;
- супровід Застрахованої особи довіреним лікарем;
- візит лікаря додому або в офіс при необхідності за медичними показаннями;
- забезпечення лікарськими засобами у необхідному обсязі за призначенням лікаря з доставкою лікарських засобів за місцем призначення;
- терапевтичне, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
- профілактичні заходи - диспансеризацію, вакцинацію, вітамінотерапію тощо;
- нетрадиційні методи лікування (гомеопатію, фітотерапію, голкорексфлексотерапію та ін.);
- видачу листа непрацездатності, ведення амбулаторної картки, оформлення іншої медичної документації.

5. Програма «ПОЛІКЛІНІКА» (П2).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу в межах вищезазначеної програми «ПОЛІКЛІНІКА, МЕДИКАМЕНТИ» (П1) без медикаментозного забезпечення.

6. Програма «СТОМАТОЛОГІЯ» (СТ1).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі стоматологічну допомогу, що включає:

- огляд, консультацію лікаря-стоматолога;
- діагностику (рентген та ін.) за призначенням лікаря;
- знеболювання;
- терапевтичне та/або хірургічне лікування при стоматологічних захворюваннях;
- накладання тимчасових та постійних пломб з використанням сучасних стоматологічних технологій;
- реставрацію зубів;
- зняття зубного каменю з лікувальною метою;

За погодженням Страховика і Страхувальника на спеціальних умовах, обумовлених Договором страхування, в Програму «СТОМАТОЛОГІЯ» (СТ1) можуть бути включені протезування зубів, імплантація та ортодонція.

7. Програма «СТОМАТОЛОГІЯ ПО ШВИДКІЙ ДОПОМОЗІ» (СТ2).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі невідкладну стоматологічну допомогу (в межах швидкої допомоги при гострому зубному болю), що включає:

- огляд, консультацію стоматолога;
- діагностику (рентген та ін.) за призначенням лікаря;
- знеболювання;
- терапевтичне та/або хірургічне лікування при гострому зубному болю (видалення зубів та коренів, зняття гострого одонтогенного болю, накладання тимчасової пломби).

8. «РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАМА» (РП).

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу після перенесених важких (гострих та загострених хронічних) захворювань в умовах поліклініки, стаціонару чи санаторію з використанням медикаментозного, фізіотерапевтичного лікування та нетрадиційних методів лікування.

9. Програма «ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ» (ВП).

Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу при нормальному перебігу вагітності, ускладненнях вагітності, фізіологічних та патологічних пологах.

За програмою «ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ» (ВП) Застрахованими особами можуть бути мати та новонароджена дитина віком до 7 (семи) днів.

Додаток 2
до Правил добровільного
медичного страхування

**БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
ПО БАЗОВИМ ПРОГРАМАМ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.**

При страхуванні на умовах Базових програм добровільного медичного страхування застосовуються базові річні страхові тарифи, наведені у Таблиці №1:

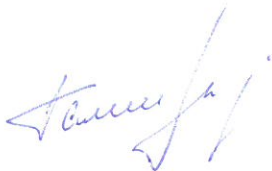
Таблиця №1.

№ п/п	Базова програма добровільного медичного страхування	Тариф, % страхової суми
1.	Стаціонар (С1)	4,2
2.	Стаціонар по швидкій допомозі (С2)	3,5
3.	Швидка допомога (ШД)	3,7
4.	Поліклініка, медикаменти (П1)	4,7
5.	Поліклініка (П2)	4,5
6.	Стоматологія (СТ1)	10,0
7.	Стоматологія по швидкій допомозі (СТ2)	5,0
8.	Реабілітаційна програма (РП)	7,0
9.	Вагітність та пологи (ВП)	20,0

Залежно від конкретних умов страхування до базових річних страхових тарифів, наведених у Таблиці №1, застосовуються підвищуючі або понижуючі коефіцієнти від 0,1 до 7,0.

Норматив витрат на ведення справи складає 35%.

Актуарій



І.В. Галицький.

Державна комісія з регулювання ринків
фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Дир. Департ. страх. комерц.
Найменування посади

Підпис *Горань Р.В.*
Повище, ініціали працівника

Дата *19.12.06* Реєстраційний номер *0362586*



Директор департаменту страхування комерційних підприємств

Горань Р.В.

19.12.06

0362586