

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший заступник
Голови Правління
ЗАТ "Страхова компанія "В. і П."



І.В.Тихонов

ЗАКРИТЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "В. і П."

12 березня 2007 року

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На умовах цих Правил ЗАТ "Страхова компанія "В. і П." (надалі Страховик) укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) з юридичними особами, незалежно від форм власності і видів їх діяльності, та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальники).

1.2. Страховик оплачує вартість медичних послуг певного переліку і якості в межах вибраної Страхувальником Програми медичного страхування (Додаток № 1 до цих Правил), наданих Застрахованій особі в медичних закладах.

Медичні послуги надаються медичними закладами, з якими Страховик уклав договори про надання медичної допомоги, і Страховик не несе відповідальності при наданні медичної допомоги поза цими закладами.

1.3. Страхувальники мають право укладати Договори страхування власного здоров'я або здоров'я третіх осіб (за їх згодою).

1.4. *Застрахованою особою* за цими Правилами може бути будь-яка фізична особа віком від 1 до 60 років, за винятком осіб, зазначених у п.5.1. цих Правил.

1.5. Медичний заклад - заклад охорони здоров'я будь якої форми власності і форми організаційного управління, який має дозвіл (ліцензію) на здійснення такої діяльності, що видається в порядку, передбаченому чинним законодавством України, та надає Застрахованим особам медичну допомогу та медичні послуги, передбачені Програмами медичного страхування, на основі професійної діяльності медичних працівників.

1.6. Медичні послуги - послуги, що надаються медичними працівниками та іншими відповідними кваліфікованими фахівцями з метою збереження та врятування життя, відновлення і поліпшення здоров'я людини.

1.7. Медична допомога – комплекс заходів (медичний огляд, діагностика, лікування, профілактичні заходи та інші види медичних послуг), спрямованих на оздоровлення та лікування людей у зв'язку з розладом їх здоров'я, що здійснюються професійно підготовленими працівниками.

1.8. Сервісна компанія – діє від імені Страховика і за його дорученням організує надання медичної допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. *Об'єктом медичного страхування* згідно з цими Правилами є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги в обсязі та на умовах Програми медичного страхування, обраної Страхувальником.

3. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

3.1. *Страхова сума* – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний при настанні страхового випадку відшкодувати витрати Застрахованої особи на медичні послуги за конкретною Програмою медичного страхування.

Страхова сума встановлюється Страхувальником за погодженням із Страховиком при укладанні договору страхування в грошовій одиниці України відповідно до обраної Програми медичного страхування та рівня сервісу в медичних закладах, що залучені до цієї Програми.

Страхова сума може встановлюватись окремо за кожною обраною Програмою або в цілому за Договором страхування (для всіх обраних Програм).

3.2. *Страховий платіж* (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно із Договором страхування.

Розмір страхового платежу визначається за тарифними ставками Страховика, виходячи із Програми медичного страхування, розміру страхової суми, терміну страхування та результатів попереднього медичного огляду (групи здоров'я) особи, що підлягає страхуванню.

В залежності від результатів попереднього медичного огляду, особі, що підлягає страхуванню, встановлюється відповідна група здоров'я:

I група здоров'я - практично здорові особи віком до 40 років без обтяжливої спадковості та шкідливих звичок, які мали в анамнезі дитячі хвороби, простудні захворювання, апендицит, грижу, робота яких не пов'язана з небезпечними умовами праці або шкідливим виробництвом;

II група здоров'я - практично здорові особи віком до 50 років з обтяжливою спадковістю та підвищеним ризиком захворювань на цукровий діабет, серцево-судинні, онкологічні, нирково-жовчокам'яні, психічні захворювання. В анамнезі - черепно-мозкові травми, ускладнені дитячі захворювання, зловживання алкоголем, палінням, робота яких пов'язана (була пов'язана) з небезпечними умовами праці або шкідливим виробництвом;

III група здоров'я - особи працездатного віку, які мають хронічні захворювання з тенденцією до ускладнень частіше двох разів на рік; зловживають алкоголем, транквілізаторами, снодійними препаратами; страждають на виражені неврози, психопатію, сексуальні порушення, гіпертонічну хворобу I і II ступеня, ішемічну хворобу серця без вираженої стенокардії; які перенесли полосні операції. Особи від 50 до 60 років.

3.3. **Страховий тариф** - ставка страхової премії з одиниці страхової суми за визначений період страхування (додаток № 2 до цих Правил).

3.4. Страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено Договором страхування:

- готівкою у касу Страховика або страховому агенту;
- шляхом безготівкових розрахунків через бухгалтерію підприємства, організації, установи з рахунку в установі банку.

3.5. Якщо обчислений страховий платіж сплачується Страховиком частинами, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

4.1. **Страховий ризик** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

4.2. **Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (її частини) Застрахованій особі.

Страховим випадком за цими Правилами є:

- звернення Застрахованої особи до медичного закладу в порядку та на умовах, встановлених Договором страхування, у разі: гострого захворювання; загострення хронічної хвороби; ускладненні, що виникло під час лікування; планових медичних втручаннях (операції); одержання травми; отруєння чи інших випадках погіршення здоров'я за наданням консультативної, діагностичної, профілактичної, лікувальної, реабілітаційної та іншої медичної допомоги, що вимагає проведення оплати її вартості згідно обраних Програм медичного страхування;

- звернення спадкоємців Застрахованої особи у разі її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі, для проведення оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг до її смерті відповідно до Програми медичного страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. *Не укладаються* Договори медичного страхування з:

- інвалідами будь-якої групи;
- особами, які на час укладання Договору страхування хворіють на захворювання серцево-судинної системи, а також стоять на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних, ендокринологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;
- особами, визнаними у встановленому порядку недієздатними.

5.2. *До страхових випадків не відносяться* звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

а) захворюванням, нещасним випадком чи іншим розладом здоров'я, які сталися внаслідок вчинення дій Застрахованою особою в стані алкогольного сп'яніння, токсичного чи наркотичного впливу, прийому медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням випадків насильницького застосування таких речовин у відношенні до Застрахованої особи третіми особами, що підтверджується висновками судово-медичної експертизи та інших уповноважених офіційних органів);

б) захворюванням, нещасним випадком чи іншим розладом здоров'я, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин чи медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням насильницького застосування таких речовин у відношенні до Застрахованої особи, що підтверджується висновками судово-медичної експертизи та інших уповноважених офіційних органів);

в) захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;

г) замахом на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено уповноваженими офіційними органами;

д) навмисним спричиненням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

е) діями (дією чи бездіяльністю) Застрахованої особи при наявності у неї хронічного захворювання, які призвели до погіршення стану протікання хвороби і значно ускладнили процес лікування;

є) навмисними діями Застрахованої особи, спрямованими 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 таких дій встановлюється згідно законодавства України;

ж) спробою здійснення Страхувальником або Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;

з) участю Застрахованої особи у будь-яких військових діях, громадських заворушеннях, заколотах, повстаннях, страйках, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано з виконанням службових обов'язків;

і) одержанням травми або іншого розладу здоров'я, що сталися внаслідок обставин непоборної сили чи стихійного лиха – „форс-мажор”;

к) захворюваннями, на які Застрахована особа хворіла до набуття чинності Договору страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання;

л) самолікуванням чи лікуванням у різного роду цілителів, та при застосуванні нетрадиційних методів лікування, що не мають наукового підтвердження та не прийняті і не дозволені офіційними медичними установами;

м) порушенням режиму при лікуванні та не виконанням призначень та рекомендацій лікарів медичних закладів.

5.3. Страхувик не відшкодовує витрати без додаткового узгодження у Договорі страхування у зв'язку із:

а) лікуванням, пов'язаним з вродженими, спадковими та генетичними захворюваннями, дефектами та аномаліями;

б) штучним перериванням вагітності, незалежно від її строку, та у разі виникнення спонтанного аборту;

в) оперативним лікуванням чоловічого і жіночого безпліддя та операціях по зміні статі;

г) хірургічним втручанням в зв'язку з трансплантацією органів чи тканин, замороженням та пересадкою живих клітин, в тому числі при виконанні штучного запліднення, пересадкою кісткового мозку;

д) придбанням органів для трансплантації, з їх пошуком, доставкою, оплатою донорів;

е) косметичними і косметологічними операціями за бажанням (не по медичним показникам), незалежно від того, чи були вони викликані психологічними причинами;

є) синдромом набутого імунodefіциту (СНІД);

ж) особливо небезпечними інфекціями (віспа, чума, холера, сибірська виразка, туляремія, лепра, жовта та тропічна лихоманка, малярія, енцефаліт, тиф, паратиф та інші);

з) придбанням протезів різного характеру та призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, корсетів, милиць, інвалідних візків, внутрішньоматкових спіралей та інше;

і) отриманням медичної допомоги та медичних послуг, яка не передбачена Програмою медичного страхування, або коли медична допомога та медичні послуги були отримані в медичних закладах без попереднього узгодження із Страховиком (Сервісною компанією) окрім випадків її надання по життєвим показникам;

к) проведенням обов'язкових диспансерних оглядів та обстежень, пов'язаних з ними;

л) участю Застрахованої особи у спортивних заходах та змаганнях чи при підготовці до них по всім видам спорту;

м) санаторно-курортним лікуванням, крім випадків лікування за медичними показниками у разі доцільності та необхідності;

н) витратами немедичного характеру.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається терміном до одного року, якщо умови Договору страхування не передбачають інше.

6.2. Місце дії Договору страхування – Україна, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. *Договір страхування* – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) Застрахованій особі на оплату вартості медичних послуг певного переліку і якості в обсязі обраної Програми медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

7.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування та повідомляє наступні дані за своїм підписом:

а) про Страхувальника:

- прізвище, ім'я, по батькові (повну назву юридичної особи);

- домашню (юридичну) адресу й номер телефону (якщо є);

- банківські реквізити (тільки для юридичних осіб);

б) про Застраховану особу:

- прізвище, ім'я, по батькові, стать, паспортні дані;

- домашню адресу й номер телефону (якщо є);

- дату народження;

- ідентифікаційний номер.

Якщо договір укладається на страхування кількох осіб – до Договору страхування додається список цих осіб із зазначенням дат їх народження, домашніх адрес, телефонів, паспортних даних, ідентифікаційних кодів, обраних Програм медичного страхування та розміру страхової суми на кожну Застраховану особу.

Страхувальник, на прохання Страховика, повідомляє дані про стан здоров'я осіб, які приймаються на страхування, та інші дані, необхідні Страховикові для визначення умов Договору й забезпечення медичного обслуговування Застрахованих осіб.

7.3. Договір страхування може бути укладений на таких умовах:

7.3.1. “Гарантованого надання повного обсягу медичних послуг”.

При укладанні такого Договору страхування Страховик гарантує Застрахованій особі оплату отриманих нею медичних послуг відповідно до Програми медичного страхування,

обраної Страхувальником, у разі стаціонарного та амбулаторно-клінічного лікування в медичних закладах, визначених Договором страхування.

7.3.2. “Гарантованого надання медичних послуг при амбулаторному лікуванні”.

При укладанні такого Договору страхування Страховик гарантує Застрахованій особі оплату отриманих нею медичних послуг відповідно до Програми медичного страхування, обраної Страхувальником, у разі амбулаторного лікування в медичних закладах, визначених Договором страхування.

7.3.3. “Гарантованого надання медичних послуг при стаціонарному лікуванні”.

При укладанні такого Договору страхування Застрахованій особі гарантується оплата отриманих нею медичних послуг відповідно до Програми медичного страхування, обраної Страхувальником, у разі звернення до медичних закладів, визначених Договором страхування, за стаціонарною медичною допомогою, включаючи медичну допомогу за формою денного стаціонару.

7.4. Розмір страхової суми та термін страхування встановлюється за згодою Сторін при укладанні договору страхування у відповідності до обраної Програми добровільного медичного страхування.

7.5. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися Страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору.

7.6. У разі, коли юридична особа бажає застрахувати одночасно декількох осіб, до Договору страхування додається список осіб, що підлягають страхуванню, із зазначенням необхідних даних про кожну особу окремо, назви обраної Програми медичного страхування та розміру страхової суми. Список підписується керівником юридичної особи, головним бухгалтером та засвідчується печаткою і є невід’ємною частиною Договору. За згодою між Страхувальником і Страховиком кожній Застрахованій особі видається окреме Страхове свідоцтво.

7.7. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Договором страхування може бути зазначено, що договір страхування набирає чинності з 00 годин дня, зазначеного в ньому як „початок дії Договору”, але не раніше 00 годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу готівкою в касу (страховому агенту) або надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, і закінчується о 24 годині дня, зазначеного у Договорі страхування як „закінчення дії Договору”.

7.8. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) Договору страхування (Страхового свідоцтва), Страховик на підставі особистої заяви Страхувальника (Застрахованої особи) видає його дублікат. Після видачі дубліката втрачений Договір страхування вважається недійсним.

7.9. Застрахованій особі забороняється передавати Страхове свідоцтво іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за Договором страхування.

Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі Страхове свідоцтво з метою одержання медичних послуг, Страховик може достроково припинити дію Договору страхування у відношенні до такої Застрахованої особи, відповідно до вимог чинного законодавства України.

8. ПРАВА ТА ОБОВ’ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страховик зобов’язаний:

8.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

8.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг).

8.1.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу) і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.2. Страховик має право:

8.2.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів попереднього медичного обстеження, або заповнення анкети про стан здоров'я осіб, які мають бути застрахованими, та за їх результатами приймати рішення щодо укладання чи відмови в укладанні Договору.

8.2.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування.

8.2.3. Надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

8.2.4. Відмовити в оплаті медичних послуг відповідно до пунктів 5.2. і 5.3. цих Правил, а також у випадку передачі Застрахованою особою Страхового свідоцтва третій особі для одержання нею медичної допомоги.

Умовами Договору можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо це не суперечить законодавству України.

8.2.5. Припинити дію Договору відповідно до розділу 11 цих Правил, а також якщо після укладання Договору страхування з'ясується, що Застрахована особа є однією із осіб, перелічених у п. 5.1. цих Правил.

8.2.6. У разі появи обґрунтованих сумнівів щодо обставин та причин страхового випадку, відкласти страхову виплату до з'ясування причин та обставин його настання на термін, який не може перевищувати 45 днів.

У разі порушення кримінальної справи у відношенні Застрахованої особи за фактом подій, що призвели до його травмування або іншого розладу здоров'я – до моменту прийняття відповідного рішення компетентними органами.

Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки та права Страховика.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

8.3.1. Своєчасно внести страховий платіж (страхові платежі) у розмірі та в строки, визначені Договором страхування.

8.3.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставин, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику.

8.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього об'єкту страхування.

8.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

8.3.5. Сповідати Страховика на протязі терміну дії Договору страхування про зміни прізвищ, адрес, та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

8.3.6. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я осіб, що підлягають страхуванню, які Страховик вимагає при укладанні Договору страхування. При необхідності, надати Страховику можливість медичного обстеження особи, що підлягає страхуванню.

8.3.7. Забезпечити схоронність документів за Договором страхування.

8.3.8. Повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

8.4. Страхувальник має право:

8.4.1. У разі настання страхового випадку, вимагати від Страховика оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги та медичних послуг згідно з обраною Програмою добровільного медичного страхування в межах страхової суми.

8.4.2. На укладання Договору страхування про страхування третьої особи за її згодою, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

8.4.3. На отримання дублікату Договору страхування (страхового свідоцтва) у разі втрати оригіналу.

8.4.4. Перевіряти та вимагати виконання Страховиком вимог умов Договору страхування (страхового свідоцтва);

8.4.5. Достроково припинити дію Договору страхування в порядку та на умовах, передбачених Договором страхування відповідно до розділу 11 цих Правил.

8.4.6. За домовленістю із Страховиком змінити Програму медичного страхування, а також внести інші зміни до умов діючого Договору страхування (страхового свідоцтва), про що укладається додаткова угода.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страховальника, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

8.5. *Застрахована особа зобов'язана:*

8.5.1. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у термін, передбачений Договором страхування.

8.5.2. Виконувати вимоги медичних працівників щодо режиму лікування та правил внутрішнього розпорядку медичних закладів, медичних призначень протягом надання Застрахованій особі медичної допомоги та медичних послуг, за винятком випадків, коли такі призначення, на думку Застрахованої особи, або його близьких, можуть зашкодити його здоров'ю. Такі випадки повинні бути обґрунтовані та узгоджені із Сервісною компанією.

8.5.3. Не створювати свідомого ризику для погіршення чи ускладнення стану свого здоров'я.

8.5.4. Надавати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

8.5.5. У разі необхідності отримання медичної допомоги та медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому Договором страхування, узгодити це із Сервісною компанією або Страховиком до отримання цієї допомоги. Якщо Договором передбачена організація надання та фінансування медичної допомоги та медичних послуг через Сервісну компанію, то вибір медичного закладу для надання медичної допомоги та медичних послуг та їх обсяг узгоджуються із Сервісною компанією.

8.5.6. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:

- Договір страхування (страхове свідоцтво);
- документ, що посвідчує особу.

8.6. *Застрахована особа має право:*

8.6.1. На одержання медичної допомоги та медичних послуг в межах та обсязі обраних Програм медичного страхування, обумовлених Договором страхування (страховим свідоцтвом).

8.6.2. Вибрати будь-який лікувально-профілактичний заклад із числа зазначених у додатку до страхового свідоцтва.

8.6.3. Вибрати особистого лікаря із числа залучених для здійснення Програми медичного страхування.

8.6.4. Передбачити самостійну оплату частини вартості одержаних медичних послуг. Порядок оплати частини послуг зазначається у Договорі страхування.

8.6.5. Звернутися до Страховика за роз'ясненнями щодо порядку оплати за надані медичні послуги.

8.6.6. Виконувати обов'язки Страховальника, а також придбати всі його права у разі смерті Страховальника - фізичної особи, ліквідації Страховальника - юридичної особи в порядку, передбаченому законодавством України, а також за згодою між Страховальником та Страховиком.

8.6.7. На одержання дублікату Страхового свідоцтва у разі його втрати.

9. ДІ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У разі настання страхового випадку (захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку) Застрахована особа повинна не пізніше 24 годин звернутися до Сервісної компанії, телефони якої вказані в Договорі страхування (страховому свідоцтві), якщо інше ним не передбачено.

Договором може бути передбачено, що порушення одного з цих термінів без поважних на те причин, надає право Страховику відмовити у здійсненні страхової виплати.

9.2. Надати Страховику достовірні дані про обставини та умови страхового випадку, а також іншу необхідну інформацію на вимогу Страховика.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах обраної Програми медичного страхування.

10.2. Якщо Договір страхування передбачає здійснення страхової виплати шляхом оплати вартості наданих медичних послуг безпосередньо Сервісній компанії, яка організує надання медичної допомоги і з якою Страховик має договірні стосунки, порядок здійснення розрахунків визначається відповідним договором між Страховиком та Сервісною компанією.

10.3. Якщо Договір страхування передбачає здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі, то для вирішення питання щодо здійснення страхової виплати необхідно надати:

- 1) заяву про виплату;
- 2) Договір страхування (страхове свідоцтво);
- 3) виписку із амбулаторної картки чи з історії хвороби, що підтверджує факт встановлення діагнозу захворювання або направлення на планове оперативне втручання (при необхідності його проведення);
- 4) висновок медичної установи (приватно-практикуючого лікаря, який має відповідну ліцензію);
- 5) кошторис, рахунок-фактуру витрат на необхідну медико-санітарну допомогу по страховому випадку, оформлений у встановленому порядку (у разі необхідності попередньої оплати лікування Застрахованої особи);
- 6) чеки (інші документи), що засвідчують факт оплати вартості отриманої медико-санітарної допомоги або використаних медикаментів;
- 7) документ, що посвідчує Застраховану особу;
- 8) копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованій особі.

10.4. Якщо Договір передбачає здійснення страхової виплати медичному закладу, з яким у Сервісної компанії відсутні договірні стосунки, до документів, перелічених у п.10.3. цих Правил, необхідно надати заяву на перерахування страхової виплати на рахунок цього медичного закладу.

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

10.6. Страховик, після надання Застрахованою особою всіх необхідних для виплати документів, на протязі 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення про виплату або відмову у виплаті та складає страховий акт.

10.7. На протязі 7 (семи) робочих днів після складання страхового акту Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) або письмово, з обґрунтуванням причин, повідомляє Застрахованій особі про відмову у страховій виплаті.

10.8. Страховик здійснює страхові виплати в межах обсягів страхової відповідальності, визначених конкретним Договором страхування.

Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

10.9. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхової суми (її частини) шляхом сплати Застрахованій особі пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

11. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Будь які зміни умов Договору страхування вносяться за згодою Сторін і оформлюються Додатковою угодою до діючого Договору.

11.2. Якщо будь-яка із Сторін незгодна на внесення змін до Договору страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або припинення його дії.

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

- закінчення строку дії;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір 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;

- ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- інших випадках, передбачених законодавством України.

11.4. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Сторін.

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

11.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, 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.

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

11.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Всі спори, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) за Договорами страхування розв'язуються шляхом переговорів, а у разі не досягнення згоди - у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

13.1. Усі доповнення і зміни по Договору страхування дійсні, якщо вони виконані у письмовому вигляді і підписані уповноваженими представниками Сторін.

13.2. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку реєструються в Державній комісії з регулювання ринків фінансових послуг України.

13.3. Дані Правила є власністю Страховика, не підлягають копіюванню і передачі будь-яким способом третім особам, а також не можуть бути використані в страховій діяльності інших страхових організацій без дозволу Страховика.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

„Повний обсяг медичної допомоги”

1. Первинне та повторне обстеження Застрахованої особи лікарем, встановлення діагнозу, складання програми лікування та контроль перебігу захворювання.
2. Проведення лабораторних, рентгенологічних, мікробіологічних досліджень, комп'ютерної томографії, ендоскопічного дослідження органів травлення, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування.
3. Консультативна допомога відповідного профілю, за необхідністю – вищого кваліфікаційного рівня (професор, доцент, кандидат медичних наук тощо).
4. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
5. Надання стаціонарної медичної допомоги (включаючи денний стаціонар) відповідного профілю у випадках, як планового, так і невідкладного лікування, включаючи хірургічну допомогу.
6. Повне медикаментозне забезпечення курсу лікування.
7. Послуги з надання швидкої (невідкладної) медичної допомоги.
8. Оформлення спеціальної медичної документації.

„Амбулаторно-поліклінічна медична допомога”

1. Первинне та повторне обстеження Застрахованої особи лікарем, встановлення діагнозу, складання програми лікування та контроль перебігу захворювання.
2. Проведення лабораторних, рентгенологічних, мікробіологічних досліджень, комп'ютерної томографії, ендоскопічного дослідження органів травлення, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування.
3. Консультативна допомога відповідного профілю, за необхідністю – вищого кваліфікаційного рівня (професор, доцент, кандидат медичних наук тощо).
4. Повне медикаментозне забезпечення курсу лікування.
5. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
6. Оформлення спеціальної медичної документації.

„Стаціонарне обслуговування”

1. Організація планової і екстреної госпіталізації у профільні відділення медичних закладів.
2. Первинне та повторне обстеження Застрахованої особи лікарем, встановлення діагнозу, складання програм лікування та контроль перебігу захворювання.
3. Проведення лабораторних, рентгенологічних, мікробіологічних досліджень, комп'ютерної томографії, ендоскопічного дослідження органів травлення, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування.
4. Консультативна допомога відповідного профілю, за необхідністю – вищого кваліфікаційного рівня (професор, доцент, кандидат медичних наук тощо).
5. Повне медикаментозне забезпечення курсу лікування.
6. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
7. Оперативне лікування із повним забезпеченням послуг медперсоналу, а також необхідними медикаментами та іншими матеріалами, які використовуються при операціях.
8. Забезпечення повноцінного індивідуального харчування із урахуванням лікувальної дієти.

9. Оформлення спеціальної медичної документації.

„ Швидка (невідкладна) медична допомога ”

1. Виїзд загальної або спеціалізованої бригади Невідкладної медичної допомоги до Застрахованої особи.
2. Первинна консультація лікаря, встановлення попереднього діагнозу, складання програми невідкладного лікування.
3. Проведення нескладних лабораторних, мікробіологічних та інструментальних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування на місці виклику.
4. Оплата медикаментозного курсу невідкладного лікування.
5. Виконання необхідних медичних процедур та маніпуляцій.
6. Одноразовий амбулаторний контроль медичного стану Застрахованої особи лікарем (після виклику бригади).
7. Транспортування та медична евакуація Застрахованої особи до лікувальних закладів з метою додаткового обстеження чи госпіталізації.

„ Стоматологія ”

1. Консультації лікарів-спеціалістів.
2. Механічна та медикаментозна обробка та пломбування каналів.
3. Видалення пломби в лікувальних цілях.
4. Зняття зубного каменю, гігієнічна обробка зубів.
5. Терапевтичне лікування зубів.
6. Хірургічне лікування з видаленням зубів і локалізацією гострих запальних процесів.

Додаток № 2
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)
від 12 березня 2007 року

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
з добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)

Вік Застрахованої особи:	Базові річні страхові тарифи (у %)				
	Амбулаторно- поліклінічна медична допомога	Стаціонарне обслугову- вання	Стоматологія	Швидка (невідкладна) медична допомога	Повний обсяг медичної допомоги
від 1 до 3 років	14,3	10,0	-	10,7	-
від 4 до 6 років	13,5	9,0	2,0	9,5	-
від 7 до 10 років	9,5	8,2	3,0	8,5	-
від 11 до 13 років	11,5	8,6	5,0	9,0	-
від 14 до 17 років	12,5	9,5	6,0	9,5	-
від 18 до 30 років	6,3	8,0	8,0	8,6	18,0
від 31 до 40 років	8,4	10,3	10,0	10,4	
від 41 до 55 років	10,6	12,6	11,5	12,3	
від 56 до 65 років	12,8	14,5	12,7	14,7	

Розмір страхових сум:

Програми	Страхові суми (грн.)
Амбулаторно-поліклінічна медична допомога	15 000
Стаціонарне обслуговування	20 000
Стоматологія	5 000
Швидка (невідкладна) медична допомога	3 000
Повний обсяг медичної допомоги	30 000

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику, розраховується за допомогою **підвищувальних (від 1,1 до 3,0) та знижувальних (від 0,95 до 0,2) коефіцієнтів** шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

При укладанні Договору страхування на термін до одного року встановлюються коефіцієнти до базового річного страхового тарифу (неповний місяць рахується як повний):

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

Норматив витрат на ведення справи

35,0 %.

Актуарій Ковтун Ігор Олександрович
(диплом № 018 від 17.09.99 р.)



Державна комісія з регулювання ринків
фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Дир. Департаменту з питань
корпоративного управління

Підпис

[Handwritten signature]

12.04.07



Підпис

аркушів

Пронумеровано, прошнуровано
та скріплено печаткою
(15 аркушів)