

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

ТДВ «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ»


Т.А.Щеглова

«24» квітня 2019 року»



ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
(нова редакція)

ЗМІСТ

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	8
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
4. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	9
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	9
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ ТА СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ	15
7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	18
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	18
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	22
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ	22
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	24
13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	26
14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	27
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	27
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	28
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	28
18. ДОДАТОК 1. БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	30
19. ДОДАТОК 2. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ	34

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

1.1. В Правилах добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Страховик - Товариство з додатковою відповідальністю «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ».

Страхувальник - юридична особа будь-якої організаційно-правової форми, дієздатна фізична особа, в тому числі зареєстрована як суб'єкт підприємницької діяльності, яка уклала із Страховиком Договір добровільного медичного страхування.

Страхувальники мають право укладати Договори страхування стосовно себе або третіх осіб за їх згодою.

Застрахована особа - фізична особа, стосовно якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування, майнові інтереси якої, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Застрахованими особами згідно з цими Правилами можуть бути особи віком від 1 до 80 років, якщо Договором страхування не передбачено інше.

Якщо Страхувальником – фізичною особою укладено Договір страхування стосовно себе, то він одночасно є Застрахованою особою.

Якщо Страхувальником - юридичною особою укладено Договір страхування працівників підприємства або групи осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які перебувають зі Страхувальником в трудових відносинах або є членами родини цих осіб, та які внесені в список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником при укладенні Договору страхування для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку.

Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник – юридична особа втрачає права внаслідок реорганізації, то за згодою Страховика права і обов'язки, що впливають з Договору страхування, переходять до правонаступника Страхувальника.

Асистуюча (сервісна) компанія - юридична особа будь-якої організаційно-правової форми, дієздатна фізична особа, в тому числі зареєстрована як суб'єкт підприємницької діяльності, що виконує спеціалізовані координаційні, диспетчерські, організаційні, консультаційні, транспортні та інші функції, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку та організовує оплату медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Амбулаторія - лікувально-профілактична установа, призначена для надання Застрахованій особі амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Амбулаторно-поліклінічна медико-санітарна допомога - організована та регулярна медико-санітарна та інша пов'язана допомога, що надається Застрахованій особі в амбулаторних умовах. Амбулаторно-поліклінічна медико-санітарна допомога може також надаватись спеціалістами закладу охорони здоров'я вдома чи за місцем знаходження Застрахованої особи.

Аптечний заклад - заклад, що проводить роздрібний або оптовий продаж лікарських засобів і має всі відповідні документи для здійснення такої діяльності.

Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, не пов'язане із медичним станом Застрахованої особи, який існував до моменту виникнення захворювання, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медико-санітарної допомоги, може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю.

Декларація про стан здоров'я – документ встановленої Страховиком форми, який подається Страхувальником або Застрахованою особою при укладенні Договору страхування та

містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення Договору страхування.

Денний стаціонар - система організації надання в стаціонарних умовах амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної допомоги Застрахованим особам, клінічний стан яких потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час надання цих послуг лише в денний період, без необхідності знаходження Застрахованої особи в стаціонарі цілодобово.

Довірений лікар Страховика - лікар-працівник Страховика, зазначений в Договорі страхування, який протягом строку дії Договору страхування веде спостереження за станом здоров'я Застрахованої особи, здійснює організацію надання Застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги, ліків та товарів медичного призначення тощо, відповідно до умов, передбачених Програмою добровільного медичного страхування (далі – Програма страхування).

Договір страхування – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (Вигодонабувачу), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Домашній стаціонар - система організації надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги в домашніх умовах із залученням для цього медичного персоналу для тих Застрахованих осіб, клінічний стан яких вимагає безпосередньої участі або контролю з боку медичного персоналу при відсутності протипоказань на надання цієї допомоги в домашніх умовах.

Екстрена медична допомога – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Загострення хронічного захворювання - посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання медико-санітарної допомоги.

Заклади охорони здоров'я – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, і з якими Страховиком або асистуючою (сервісною) компанією укладені договори про надання Застрахованим особам медико-санітарної та пов'язаної допомоги в обсязі згідно з Програмами страхування.

Медичні заклади поділяються на базові та консультативно-діагностичні.

Медичні заклади зазначаються у Договорі страхування для надання Застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги при настанні певних подій, визначених Договором страхування (страхових ризиків).

Захворювання - погіршення у Застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні, викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання медико-санітарної чи пов'язаної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану.

Індивідуальна медична картка – іменний документ, що видається Застрахованій особі при укладенні Договору страхування та містить довідкову інформацію (строк дії Договору страхування/індивідуальної медичної картки, координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку тощо).

Лікар - фахівець у галузі охорони здоров'я із закінченою вищою медичною освітою, який відповідно до законодавства та єдиних кваліфікаційних вимог має право займатися професійною медичною діяльністю. Лікар може працювати в закладі охорони здоров'я будь-якої форми власності чи самостійно, надаючи медико-санітарну допомогу Застрахованим особам у порядку здійснення індивідуальної медичної діяльності.

Лікарські засоби (медикаменти) - фармацевтичні препарати, рідини та компоненти для переливання, виготовлені з донорської крові, витратні медичні матеріали, медичний інструментарій, предмети санітарії та гігієни, протези та імпланти, призначені лікарем для надання медико-санітарної чи іншої пов'язаної допомоги Застрахованій особі, використання яких дозволено державою на території дії Договору страхування та передбачено Договором страхування та Програмою страхування.

Ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який може встановлюватись при укладенні Договору страхування по окремих Програмах страхування та/або по окремих видах медичних послуг.

Медична послуга - дія, яка має вартісну оцінку та спрямована на профілактику, діагностику, лікування захворювання або медичну реабілітацію Застрахованої особи із залученням медичного та іншого персоналу закладу охорони здоров'я чи асистуючої (сервісної) компанії. До медичних послуг, зокрема, відносяться:

- профілактичні заходи, направлені на попередження захворювань та травматичних ушкоджень;
- диспансеризація;
- консультативні медичні послуги;
- діагностика захворювання - лабораторна, інструментальна, функціональна, радіоізотопна, рентгенологічна, ультразвукова, комп'ютерна та ін.;
- обстеження та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, в тому числі у жіночій консультації;
- обстеження та лікування в стаціонарних умовах, в тому числі в денному стаціонарі та організація домашнього стаціонару в домашніх умовах у Застрахованої особи;
- організація та надання медичних послуг вагітним при вагітності та пологах в умовах стаціонару;
- організація та надання послуг екстреної та невідкладної медичної допомоги з наступною госпіталізацією в разі необхідності;
- організація реабілітаційних та оздоровчих заходів за призначенням лікаря, в тому числі санаторно-курортного лікування;
- організація та проведення реабілітаційних заходів та лікувально-фізичних комплексів (ЛФК) в тому числі лікувальна гімнастика, корекція осанки, лікувальний масаж, басейн, сауна, фізіотерапевтичні процедури та інше;
- організація та надання стоматологічної послуги, в тому числі терапевтичної, хірургічної та ортодонтичної;
- організація забезпечення лікарськими засобами (медикаментами);
- проведення оперативних втручань та надання наркозу;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- послуги при перебуванні в лікувально-профілактичних установах (ЛПУ), а саме: харчування, вартість утримання ліжка тощо;
- організація та використання нетрадиційних методів лікування та діагностики, в тому числі гомеопатичного за призначенням лікаря, якщо інше не передбачено Договором страхування;
- організація обстеження та лікування за межами України;
- проведення профілактичних щеплень, проведення вітамінізації та підвищення імунітету шляхом імуномодуляції та імуностимуляції;
- медична евакуація та медичне транспортування;
- інші медичні послуги, передбачені Договором страхування та Програмою страхування.

Медико-санітарна допомога - комплекс цілеспрямованих дій та заходів щодо сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, проведення ранньої діагностики, лікування осіб з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітації хворих та інвалідів.

Медична евакуація - транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до закладу охорони здоров'я, де може надаватися медико-санітарна допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи, умовами Договору страхування та Програмою страхування.

Медичне транспортування - транспортування Застрахованої особи та/або супроводжуючої її особи до/чи із закладу охорони здоров'я в зв'язку з її медичним станом.

Медичний персонал - колектив лікарів, медичних сестер (фельдшерів, акушерок), молодших медичних працівників (санітарок), призначений адміністрацією закладу охорони здоров'я та визначений Страховиком або асистуючою (сервісною) компанією для надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги Застрахованій особі.

Медичний стан - офіційно визначена лікарем та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання чи ненадання їй тієї чи іншої медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги.

Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Невідкладна медична допомога - надання медико-санітарної чи пов'язаної допомоги Застрахованій особі бригадою невідкладної медичної допомоги, сімейним лікарем або дільничним педіатром чи терапевтом.

Невідкладна стоматологічна допомога - медико-санітарна допомога Застрахованій особі 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, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача) подія, що фактично відбулася під час дії та на території дії Договору страхування внаслідок впливу зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її смерті. До зовнішніх факторів відносяться: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад, укуси тварин, комах, змій, випадкові контакти з тваринами, комахами та іншими представниками флори і фауни, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів тощо.

Нозологія – термін 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.

Одержувач страхової виплати - особа, яка одержує страхову виплату згідно з умовами Договору страхування:

- заклади охорони здоров'я, інші установи, що забезпечують надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, які згідно з договором про співробітництво із Страховиком (асистуючою (сервісною) компанією) організують та надають медико-санітарну та пов'язану допомогу Застрахованій особі при настанні страхового випадку;

- Застрахована особа, у разі оплати медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги безпосередньо Застрахованою особою та/або у разі придбання Застрахованою особою самостійно відсутніх у закладі охорони здоров'я або іншому закладі необхідних лікарських засобів (медикаментів), за попереднім узгодженням із Страховиком (асистуючою (сервісною) компанією);

- асистуюча (сервісна) компанія;

- спадкоємець (-ці) Застрахованої особи згідно з законодавством України, у разі смерті Застрахованої особи, якщо вона самостійно оплатила отриману медико-санітарну та іншу пов'язану допомогу.

Планова стоматологічна допомога - медико-санітарна допомога Застрахованій особі, спрямована на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фігур, встановлення планових постійних та тимчасових пломб, планове видалення зуба тощо).

Планова медико-санітарна допомога - надання амбулаторно-поліклінічної чи стаціонарної медико-санітарної допомоги Застрахованій особі в плановому порядку при відсутності прямої безпосередньої загрози її життю та при клінічній можливості відстрочення надання цієї допомоги.

Пов'язана допомога - допомога немедичного характеру, спрямована на профілактику захворювання, прискорення одужання та покращення обслуговування Застрахованої особи, що пов'язана з наданням Застрахованій особі медико-санітарної допомоги та передбачена Програмою страхування.

Програма добровільного медичного страхування (Програма страхування) - програма, згідно з якою Застрахованій особі в разі настання страхового випадку організовується та надається медико-санітарна та інша пов'язана допомога певного переліку та якості. Програма страхування обирається Страхувальником при укладенні Договору страхування.

Репатріація - транспортування тіла Застрахованої особи та/або перевезення супроводжуючої його особи у разі смерті Застрахованої особи при виникненні страхового випадку до постійного місця проживання, вказаного в Договорі страхування, або до іншого місця, згідно з умовами Договору страхування та Програми страхування.

Розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку - травматичне ушкодження здоров'я (травми, у т. ч. отримані внаслідок заподіяних тілесних ушкоджень іншою особою, забій, рана, перелом, черепно-мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), втрата органів, зору, слуху, нюху, мовлення, тепловий удар, обмороження, опік, переохолодження (за винятком застудного захворювання), утоплення, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), газоподібними речовинами, ліками (крім випадків самолікування), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції – дизентерії, сальмонельозу) тощо; зараження інфекційним захворюванням, якщо інфекційна речовина потрапляє в тіло Застрахованої особи через поранення в результаті нещасного випадку; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, ботулізмом, малярією, правцем, сказом; вивихи, розтягнення, розриви органів, у тому числі розрив хребетного стовпа, поранення органів або їх вилучення внаслідок невірних медичних маніпуляцій, ушкодження в кінцівках внаслідок нещасного випадку.

Сімейний лікар (лікар загальної практики - сімейної медицини) – лікар, який отримав спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі, визначений Страховиком та/або асистуючою (сервісною) компанією для обслуговування наперед визначеного кола Застрахованих осіб.

Стаціонар - заклад охорони здоров'я, призначений для надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги Застрахованій особі в стаціонарних умовах цілодобово, з постійним перебуванням Застрахованої особи в закладі охорони здоров'я протягом призначеного лікарем курсу лікування.

Стаціонарна медико-санітарна допомога - медико-санітарна та пов'язана допомога, що надається Застрахованій особі в умовах стаціонару протягом строку, що перевищує 24 години.

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

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

Ускладнення захворювання - новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання, анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами його виникнення є захворювання, що вже існувало.

Фаза ремісії - період хронічного захворювання Застрахованої особи, що настав спонтанно або внаслідок надання медичної послуги та інших пов'язаних послуг, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи при відсутності безпосередньої загрози її життю та працездатності.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.

Франшиза умовна - визначена в Договорі страхування сума, що не підлягає відшкодуванню за умови, якщо розмір фактично заподіяного збитку не перевищує її розмір. Якщо сума збитку перевищує розмір встановленої умовної франшизи, то Страховик зобов'язаний відшкодувати суму збитку повністю.

Франшиза безумовна - визначена Договором страхування частина збитків, яка не підлягає відшкодуванню Страховиком за кожним та будь-яким страховим випадком, який стався протягом дії Договору страхування.

При часовій франшизі страхове відшкодування не виплачується, якщо обумовлена Договором страхування подія сталася до певного строку, вказаного у Договорі страхування, або якщо дія обставин, передбачених Договором страхування, не закінчилася до визначеного Договором страхування моменту тощо.

Договором страхування може бути передбачена франшиза, розмір якої змінюється в залежності від кількості страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування.

Хронічне захворювання - захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

1.2. Інші терміни, що не обумовлені даними Правилами, визначені законодавством України. Якщо значення якого-небудь терміну не обумовлено Правилами та не може бути визначено, виходячи із законодавства, то такий термін використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. На підставі Закону України «Про страхування» і даних Правил Товариство з додатковою відповідальністю «ЕКСПРЕС СТРАХУВАННЯ» (далі – Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір страхування) з юридичною особою будь-якої організаційно-правової форми або дієздатною фізичною особою, в тому числі зареєстрованою як суб'єкт підприємницької діяльності.

2.2. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

2.2.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вони звернулися під час дії Договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

2.2.2. відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

2.3. Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування. Страховик та Страхувальник за взаємною згодою в Договорі страхування можуть врегулювати (конкретизувати) питання, які не врегульовані (не конкретизовані) цими Правилами страхування за умови, що вони не будуть суперечити іншим положенням цих Правил страхування та законодавству України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування згідно з даними Правилами є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

4.2. Відповідно до цих Правил страховими ризиками є: захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до закладів охорони здоров'я (асистуючої (сервісної) компанії) та отримання Застрахованою особою медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги згідно з Програмою страхування, у зв'язку з захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншою допомогою, передбаченою Програмою страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги.

4.4. Випадок, визначений у пункті 4.3. цих Правил страхування, визнається страховим, за умови що Застрахована особа звернулася за медико-санітарною або іншою пов'язаною допомогою:

4.4.1. в період дії Договору страхування;

4.4.2. до передбачених Програмою страхування закладів охорони здоров'я;

4.4.3. до закладів охорони здоров'я, що не передбачені Програмою страхування, але звернення до яких було узгоджено та/або організовано Страховиком;

4.4.4. внаслідок настання подій, що не підпадають під виключення зі страхових випадків або обмеження страхування, зазначених у розділі 5 цих Правил страхування або у Договорі страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Не можуть бути застрахованими особи, визнані недієздатними у порядку, встановленому законодавством України, а також особи, які страждають важкими нервовими

захворюваннями, гострим енцефалітом, психічними захворюваннями, захворюваннями серцево-судинної системи з порушенням кровообігу важкого ступеню, діабетом у важкій формі, системними ураженнями опорно-рухового апарата, хворі на алкоголізм, наркоманію, хворі на СНІД, інваліди I групи та інваліди II групи, яким висновком медико-соціальної експертизи заборонено (не рекомендовано) здійснення будь-якої трудової діяльності, інваліди за народженням. Дія страхового захисту стосовно конкретної Застрахованої особи закінчується, як тільки така особа стала такою, яка не може бути застрахованою з причин, зазначених в цьому пункті, а Страхувальник зобов'язаний повідомити про це Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів.

5.2. Якщо після укладення Договору страхування буде встановлено факт відношення Застрахованої особи до осіб, зазначених у п 5.1. цих Правил, Страховик має право достроково припинити Договір страхування стосовно такої Застрахованої особи. Сплачений за таку Застраховану особу страховий платіж повертається Страхувальнику, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.3. За цими Правилами страхування Страховик не визнає подію страховим випадком та відмовляє у страховій виплаті, якщо захворювання, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку Застрахованої особи сталися внаслідок:

5.3.1. отруєння алкоголем або будь-якими іншими речовинами, що були вжиті Застрахованою особою з метою або у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння Застрахованої особи, або в зв'язку із діями під час знаходження Застрахованої особи у вказаних станах або під дією психотропних речовин;

5.3.2. випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі) у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або під впливом психотропних речовин або лікувальних препаратів, що погіршують реакцію та увагу, або у хворому чи втомленому стані;

5.3.3. випадку, який стався в результаті керування транспортним засобом Застрахованою особою (або в результаті передачі Застрахованою особою управління транспортним засобом особі), яка не має права управляти таким транспортним засобом, в тому числі яка не має посвідчення водія на право керування транспортним засобом даної категорії;

5.3.4. вживання Застрахованою особою наркотичних речовин без призначення лікаря;

5.3.5. випадку, який стався в результаті занять Застрахованої особи професійним або непрофесійним спортом, участю в будь-яких спортивних змаганнях або тренуваннях, підготовці до таких змагань або тренувань, а також участю у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в т.ч. травмонебезпечні заняття та хобі: катання на лижах, катання на саниах; стрибки з парашутом, стрибки з використанням еластичного троса; катання на водних гірках, водних лижах, водних катамаранах, водних мотоциклах тощо; сноубордінг; дайвінг, серфінг, віндсерфінг; рафтинг, плавання на плотах і каное; заняття альпінізмом; спелеологічна діяльність; походи в екстремальних умовах; участь в пошукових або інших експедиціях в зонах з екстремальними природнокліматичними умовами або в географічно віддалених регіонах; полювання; спроби у встановленні рекордів швидкості або участь в такого роду змаганнях тощо;

5.3.6. випадку, який стався в результаті переміщення Застрахованої особи повітряним або водним (підводним) апаратом, або у випадку управління ним Застрахованою особою, крім випадків переміщення Застрахованої особи як пасажира у літаку цивільної авіації або у засобі водного транспорту, ліцензованих для перевезення пасажирів та керованих особою, що має відповідні повноваження;

5.3.7. польоту Застрахованої особи на безмоторних літальних апаратах, моторних планерах, суперлегких літальних апаратах, а також стрибків з парашутом;

5.3.8. участі Застрахованої особи у парі, правопорушеннях; бійкою (зіткнення двох чи більше людей без зброї, або із застосуванням холодної зброї (ножів, сокир), або предметів, що

можна використати як зброю (камені, шматки арматури, заточування, обрізки труб, кастети тощо), з заподіянням побоїв та/або шкоди здоров'ю різного ступеня тяжкості: побої, заподіяння шкоди здоров'ю слабкої, середньої тяжкості, тяжкої шкоди, необережне заподіяння смерті, вбивство), якщо бійка не є засобом самозахисту чи самооборони Застрахованої особи;

5.3.9. проходження Застрахованою особою служби в будь-яких збройних силах та формуваннях;

5.3.10. перебування Застрахованої особи у місцях тимчасового затримання, арешту, тримання під вартою, ув'язнення, а також під час арешту, затримання та інших оперативних слідчих дій, визначених Кримінальним процесуальним кодексом України, крім випадків, коли таке затримання, арешт, ув'язнення визнані незаконними у судовому порядку;

5.3.11. самогубства (замаху на самогубство) Застрахованої особи або умисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або інших умисних дій Застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку;

5.3.12. здійснення Застрахованою особою протиправних дій, що знаходяться у прямому причинно-наслідковому зв'язку з настанням страхового випадку;

5.3.13. стихійних явищ та їх наслідків, епідемій, карантинів, метеоумов;

5.3.14. свідомого перебування Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як небезпечні для життя та здоров'я людини (місця проведення вибухових, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), якщо це не пов'язано з виробничою необхідністю або спробою рятування людського життя;

5.3.15. надзвичайних подій (ситуацій), станів облоги, оголошених органами влади у встановленому законом порядку; війни, вторгнень, нападів зовнішнього ворога, військових дій будь-якого характеру (незалежно від оголошення війни), відділення територій, громадянської війни та безладдя; заколоту, бунту, страйку, локауту, збройного повстання, революції, захоплення влади військовими або узурпації влади, введення військового стану;

5.3.16. прямих або побічних терористичних дій, наслідків терористичних актів. В рамках цих Правил терористичний акт означає застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку життю чи здоров'ю людини чи настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або не вчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднанням громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів винного (терориста), а також загроза вчинення таких дій. Даним застереженням також виключаються збитки, пошкодження, видатки або витрати будь-якого характеру, які безпосередньо або опосередковано спричинені, є наслідком або пов'язані з будь-якими діями, спрямованими на контроль, запобігання, придушення, або здійснені у будь-якому зв'язку з терористичним актом або плануванням, підготовкою чи замахом на нього;

5.3.17. дії мін, торпед, бомб, снарядів, інших видів зброї;

5.3.18. прямого або непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного зараження у зв'язку із будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням, маніпуляцією з радіоактивними матеріалами, устаткуванням і приладами, що містять такі матеріали, чи будь-якими джерелами іонізуючого випромінювання, ядерними установками, реакторами чи будь-яким ядерним комплексом або його частиною, будь-якою зброєю з застосуванням ядерного розпаду та/або синтезу, або інших аналогічних реакцій, чи радіоактивної сили, чи матеріалу;

5.3.19. застосування бактеріологічної зброї і зброї психотропної дії;

5.3.20. впливу діетилстіблестролу, азбесту або матеріалів, що містять азбест;

5.3.21. професійних захворювань, а також порушення Застрахованою особою техніки безпеки, виробничої санітарії, пожежної безпеки, дорожнього руху; санітарно-гігієнічних норм і вимог, особистої гігієни, у тому числі: реалізація неякісних, небезпечних та фальсифікованих товарів, споживання неякісних харчових продуктів, напоїв, грибів;

5.3.22. будь-яких подій, пов'язаних із застосуванням Застрахованою особою,

випробуванням або зберіганням нею вогнепальної зброї або боєприпасів, вибухових або отруйних речовин;

5.4. Страховик не визнає випадок страховим та не здійснює страхову виплату, якщо захворювання або інший розлад здоров'я виникли:

5.4.1. до моменту укладення Договору страхування, але виявлена після початку його дії, а також якщо шкоду завдано після закінчення строку дії Договору страхування;

5.4.2. у зв'язку з абортom або операцією вакуум екстракції плода, крім випадків вимушеного переривання вагітності, спричиненого захворюванням або нещасним випадком та/або з метою рятування життя Застрахованої особи;

5.4.3. у зв'язку з пластичною чи відновлювальною хірургією, косметологічними операціями (у т.ч. планова герніопластика, ринопластика, венектомія тощо);

5.4.4. у зв'язку з лікуванням методами мануальної терапії, рефлексотерапії, хіропрактики, масажу, гомеопатії, фіто- та натуротерапії, у зв'язку з мовною, професійно-технічною, гомеопатичною терапією, голкотерапією, лікуванням сном або музикою тощо, а також лікуванням нетрадиційними методами;

5.4.5. у зв'язку з наданням послуг закладом охорони здоров'я, що не має відповідної ліцензії, або особою, що не має права на здійснення відповідної лікарської діяльності;

5.4.6. у зв'язку з реабілітацією, відновлювальним лікуванням та фізіотерапією;

5.4.7. у зв'язку із здійсненням Застрахованою особою самолікування;

5.4.8. у зв'язку з прямим чи побічним впливом психічного захворювання Застрахованої особи, якщо під час нещасного випадку Застрахована особа була в неосудному стані;

5.4.9. у зв'язку з проведенням діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів (включаючи, але не обмежуючись ін'єкціями ліків);

5.4.10. у зв'язку з недотриманням Застрахованою особою призначень та рекомендацій лікаря, порушенням режиму лікувального закладу;

5.4.11. внаслідок сонячного опіку, теплового удару, що виникли в результаті прийому сонячних або повітряних ванн.

5.5. Страховик не несе відповідальності за витрати, пов'язані з:

5.5.1. медичною допомогою та медичними послугами, що надаються не лікарем, або що не були призначені лікарем, або що надаються за бажанням Застрахованої особи;

5.5.2. медико-санітарною допомогою, що не є обґрунтованою та необхідною з медичної точки зору або не має лікувальних цілей;

5.5.3. медико-санітарною допомогою, що була надана (або повинна бути наданою) Застрахованій особі безкоштовно;

5.5.4. медико-санітарною допомогою, що була надана повторно та є аналогічною раніше вже отриманій медико-санітарній допомозі у іншого постачальника таких послуг та допомогою стосовно одних й тих самих скарг, симптомів, синдромів, станів або захворювань, крім випадків, що були схвалені Страховиком;

5.5.5. медико-санітарною допомогою, що має дослідницький, науковий або експериментальний характер;

5.5.6. медико-санітарною допомогою, що надається для зміни маси тіла або для лікування ожиріння;

5.5.7. медико-санітарною допомогою, що надається для естетичних або косметичних цілей, крім реконструктивної хірургії, коли така операція є частиною або відбувається за початковою операцією, яка була здійснена у зв'язку із страховим випадком;

5.5.8. медико-санітарною допомогою, що надається для зміни будь-якого органу з метою поліпшити психічне або емоціональне становище Застрахованої особи;

5.5.9. медико-санітарною допомогою, що спрямована на сприяння або на запобігання статевого зачаття, включаючи але не обмежуючись: штучне запліднення, лікування безпліддя або імпотенції, стерилізація або дестерилізація, крім випадків, коли лікування безпліддя стало наслідком захворювання або травми, що включені до Програми страхування за Договором страхування та настали в період дії Договору страхування;

5.5.10. придбанням протезів різного характеру та призначення, окулярів, контактних лінз (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування), слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, ортопедичних пристосувань, інвалідних візків, отриманням візуальної терапії або на будь-який огляд або підбирання схожих пристроїв;

5.5.11. пересадкою органів, а також з самими органами, їх пошуком та доставкою, а також з оплатою донорів, крім випадків лікування травм або їхніх наслідків;

5.5.12. пересадкою тканин, а також самі тканини, за винятком лікування опіків та травм;

5.5.13. доглядом та лікуванням випадіння волос, включаючи перуки, пересадку волосся або будь-які препарати, які сприяють росту волосся, незалежно від того, призначено це лікарем чи ні;

5.5.14. лікуванням, що стало необхідним у зв'язку з ускладненнями або наслідками попереднього лікування, яке не підпало під страховий захист згідно з умовами Договору страхування;

5.5.15. наданням наркологічної допомоги;

5.5.16. супроводженням вагітності, що протікає нормально та нормальних непатологічних пологів;

5.5.17. отриманням Застрахованою особою послуг приватних медичних сестер;

5.5.18. отриманням Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків;

5.5.19. плановим лікуванням хронічних захворювань (крім періодів загострення, строком не більше 30 діб);

5.5.20. захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за виключенням ГРВІ);

5.5.21. всіма видами протезування, всіма видами послуг по підготовці до протезування (крім стоматології);

5.5.22. придбанням медичних пристроїв, що заміщують або корегують функції вражених органів;

5.5.23. кардіохірургічними операціями (у т.ч. шунтування, стентування), нейрохірургічними операціями, операціями на серці та судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально;

5.5.24. комплексним лікуванням захворювань та станів, що потребують заміщувальної терапії;

5.5.25. лікуванням захворювань, що потребують постійного прийому медикаментів (підтримуюча терапія), за виключенням гострих станів, строком не більше одного місяця на рік;

5.5.26. імунізацією, вакцинацією (крім того, що зазначено в Програмі страхування);

5.5.27. хондропротекторами;

5.5.28. протигрибковими препаратами (крім випадків застосування у комплексній терапії з антибіотиками);

5.5.29. харчовими добавками (БАД);

5.5.30. косметичними засобами, шампунями, пастами;

5.5.31. вітамінами (крім того, що зазначено в Програмі медичного страхування);

5.5.32. препаратами-аналогами гонадотропін – релізінг - гормону (золадекс, діферелін та інше);

5.5.33. препаратами групи каберголіну;

5.5.34. нейролептиками, транквілізаторами, антидепресантами;

5.5.35. медичним засвідченням для видачі довідок (носіння зброї, виїзд за кордон, вступ в учбові заклади, для санаторно-курортного лікування та інші) та видача таких довідок;

5.5.36. лазерною корекцією зору;

5.5.37. лікуванням захворювань на наступні хвороби:

- туберкульоз та його ускладнення (крім того, що зазначено в Програмі страхування);
- онкологічні захворювання, в тому числі захворювання крові (крім того, що зазначено в Програмі страхування);
- хронічна ниркова та/або печінкова недостатність, що потребує гемодіалізу;
- гепатит С, хронічний гепатит В;
- цирроз;
- особливо небезпечні інфекційні хвороби (віспа, чума, холера, сибірська виразка), вірусні геморагічні лихоманки;
- ВІЛ- та/або СНІД- інфекції, незалежно від терміну виявлення;
- психічні та невротичні стани та розлади;
- спадкові захворювання, що пов'язані з порушенням хромосомного набору;
- вроджені аномалії та пороки розвитку;
- епілепсія;
- цукровий діабет та його ускладнення (крім того, що зазначено в Програмі страхування);
- видалення бородавок, папілом, ліпом, атером, дермоїдних кіст;
- ендометріоз;
- герпетична інфекція;
- мікози та оніхомікози кінцівок;
- себорея, себорейний дерматит;
- системний червоний вовчак, псоріаз, екзема, atopічний дерматит;
- гелмінтози;
- демодекоз, короста;
- демієлінізуючі захворювання (розсіяний склероз та інше);
- бронхіальна астма (крім періодів загострення строком не більше 1 місяця на рік);
- хронічні ревматоїдні захворювання;
- системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм, саркоїдоз, муковісцидоз тощо;
- далекозорість, короткозорість, астигматизм, катаракта, глаукома, косоокість, крім станів, що потребують невідкладної допомоги;
- неспецифічні бактеріальні вагініти та уретропростатити;
- вікові дегенеративно-дистофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, а саме: кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз, остеохондроз;
- хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність);
- діагностика та лікування хвороб, що передаються статевим шляхом за класифікацією Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я:
 - класичні венеричні хвороби: сифіліс, гонорея, шанкроїд, лімфогранулематоз паховий, гранульома венерична;
 - інші інфекції, що передаються статевим шляхом:
 - а) з переважним враженням полових органів – сечостатевий хламідіоз, сечостатевий трихомоніаз, кандидозні вульвовагініти і баланопостіти, сечостатевий мікоплазмоз, генітальний герпес, гострокінцеві бородавки, генітальний контагіозний моллюск, гарднерольозний вагініт, уреоплазмоз, урогенітальний шигельоз гомосексуалістів, лобковий педикульоз, папілома вірус;
 - б) з переважним враженням інших органів – цитомегалія, амєбіаз, лямбліоз.

5.6. Страхувальник не відшкодовує:

5.6.1. непрямі витрати, штрафи, банківське обслуговування, видатки на відрядження, упущену вигоду, втрату прибутку, простій, моральну шкоду тощо;

5.6.2. збитки в розмірі франшизи, зазначеної в Договорі страхування, в межах якої Страхувальник самостійно несе відповідальність по кожному страховому випадку;

5.6.3. збитки, що сталися у межах будь-якої з незаконно окупованих та/або відчужених

територій, в районі проведення будь-якої антитерористичної операції, а також збитки, що виникли поза районом антитерористичної операції, однак прямо чи опосередковано пов'язані з її проведенням;

5.6.4. збитки, що сталися після зміни страхового ризику, без попереднього письмового узгодження зі Страховиком та укладання, за необхідності, відповідних додаткових угод до Договору страхування, сплати додаткового страхового платежу та оформлення належним чином документів згідно з законодавством;

5.7. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Застрахована особа отримала медико-санітарну та іншу пов'язану допомогу, яка не передбачена Програмою медичного страхування та/або без попереднього звернення до асистуючої (сервісної) компанії, окрім випадків, коли існувала реальна загроза життю Застрахованої особи у випадку неотримання таких послуг.

5.8. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, перераховані в розділі 5 цих Правил, можуть бути предметом Договору страхування за умови, якщо страховий захист за ними передбачений Договором страхування.

5.9. Умовами Договору страхування можуть передбачатися інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, якщо вони не суперечать закону.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ ТА СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

6.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування або внесенні в нього змін та зазначається в Договорі страхування.

6.2. Розмір страхової суми визначається виходячи з цін на медичні послуги в закладах охорони здоров'я різних форм власності, переліку видів медико-санітарної допомоги, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі, місця дії Договору страхування тощо.

6.3. За згодою Сторін страхова сума або ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика можуть бути визначені за Договором страхування в цілому, за Програмою страхування, за видами медичних послуг, за окремим страховим випадком, за групою страхових випадків тощо.

6.4. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування декількох осіб, розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика встановлюються окремо для кожної Застрахованої особи, а в Договорі страхування зазначається як розмір страхової суми за Договором страхування в цілому, так і розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика для кожної Застрахованої особи.

6.5. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування та за умови сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.

6.6. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

6.8. Розмір страхового платежу визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого за конкретною Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування, або за Договором страхування в цілому обчислюється на підставі базових річних страхових тарифів (Додаток №2 до Правил) по базовим Програмам страхування (Додаток №1 до Правил), 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, розміру франшизи, лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика, інших чинників, що суттєво впливають на страховий ризик, шляхом

множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.

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

6.9. Страховий платіж сплачується одноразово у строк, визначений умовами Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.10. Страховий платіж сплачується Страхувальником у безготівковій формі. Днем сплати Страхувальником страхового платежу Страховикові є день зарахування повної суми відповідного страхового платежу на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.11. Якщо Договором страхування передбачено оплату страхового платежу частинами (за відповідний період страхування), то Страхувальник сплачує страховий платіж за перший період страхування за Договором страхування в момент укладання Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. За наступні періоди страхування за Договором страхування страховий платіж сплачується Страхувальником на підставі Договору страхування без додаткової вимоги Страховика не пізніше кінцевого строку сплати страхового платежу, зазначеного в Договорі страхування.

6.11.1. У разі, якщо черговий страховий платіж за відповідний період страхування на рахунок Страховика не надійшов до встановленого в Договорі страхування строку його сплати або надійшов не в повному обсязі, то дія страхового покриття за Договором страхування припиняється та будь-які випадки, які сталися (зафіксовано) з моменту, коли платіж мав бути сплачений, не визнаються страховими випадками у будь-якому разі, і страхова виплата за ними не здійснюється.

6.11.2. Після внесення Страхувальником чергового страхового платежу, що не був своєчасно сплачений, дія Договору страхування відновлюється з 00 год. 00 хв. дати, наступної за датою надходження чергового страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок Страховика. При цьому кінцева дата дії відповідного періоду страхування не змінюється і перерахунок страхових платежів за ним не здійснюється.

6.11.3. Відповідальність Страховика за Договором страхування у відповідний період страхування починається не раніше отримання платежу за відповідний період Договору страхування, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

6.11.4. Якщо Договором страхування передбачено періоди страхування, та на момент здійснення страхової виплати страховий платіж оплачено не за всі періоди страхування до кінця дії Договору страхування, Страхувальник до здійснення страхової виплати сплачує страхові платежі за періоди страхування, що залишилися до кінця дії Договору страхування (незалежно від того, чи настав строк сплати таких платежів).

6.12. Страхувальник згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника за формою, що встановлена Страховиком, або Страхувальник іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Страховик вправі вимагати від Страхувальника надання додаткової інформації та документів, необхідних для оцінки страхового ризику.

7.2. Після укладення Договору страхування письмова Заява на страхування стає його невід'ємною частиною. Страхувальник несе відповідальність за достовірність та повноту даних, повідомлених ним Страховику під час укладення Договору страхування.

7.3. Подання Заяви на страхування не зобов'язує ні Страхувальника, ні Страховика укласти Договір страхування.

7.4. Для укладення Договору страхування Страховик може вимагати від Страхувальника

заповнити Декларацію про стан здоров'я Застрахованої особи та проходження Застрахованою особою попереднього медичного обстеження з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику. За результатами такого анкетування або обстеження Страховик має право відмовитись від укладення Договору страхування стосовно такої особи або внести додаткові обмеження до умов Договору страхування. Після укладення Договору страхування Декларація про стан здоров'я Застрахованої особи та результати проходження Застрахованою особою попереднього медичного обстеження стають його невід'ємною частиною.

7.5. 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 Застрахованої особи.

7.6. Договір страхування укладається на підставі обраної Страхувальником Програми страхування. Договір страхування повинен містити перелік медико-санітарної допомоги, медичних та інших пов'язаних послуг, а також перелік закладів охорони здоров'я та/або аптечних закладів, в яких Застрахована особа має право отримати медико-санітарну та іншу пов'язану допомогу відповідно до обраної Програми страхування.

7.7. Умовами Договору страхування може бути передбачена видача Застрахованій особі Індивідуальної медичної картки, дія якої припиняється з моменту закінчення дії Договору страхування стосовно цієї Застрахованої особи. При цьому Індивідуальна медична картка повинна бути повернута Страховику в обумовлений Договором страхування строк з дати закінчення дії Договору страхування стосовно цієї Застрахованої особи.

7.8. Застрахованій особі забороняється передавати свою Індивідуальну медичну картку іншим особам з метою одержання ними медико-санітарної допомоги, передбаченої Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі свою Індивідуальну медичну картку для отримання медико-санітарної допомоги, передбаченої Договором страхування, Страховик має право в односторонньому порядку припинити дію Договору страхування стосовно такої Застрахованої особи та відмовити у страховій виплаті.

7.9. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі Сторін, якщо умовами Договору страхування не передбачено інше.

7.10. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним здоров'ям та працездатністю, то він одночасно є Застрахованою особою і на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи.

7.11. Страхувальник може укладати Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх письмовою згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

7.12. У разі укладення Договору про страхування неповнолітньої особи необхідна згода її батьків або законних представників.

7.13. У разі, коли Страхувальник укладає Договір страхування одночасно декількох третіх осіб, до Заяви на страхування додається список Застрахованих осіб, із зазначенням страхової суми, страхового тарифу та розміру страхового платежу для кожної Застрахованої особи. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування і підписується Сторонами Договору страхування.

7.14. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування. У випадку страхування декількох осіб, Договір страхування (страхове свідоцтво, поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожну Застраховану особу, так і на всіх Застрахованих осіб.

7.15. При укладенні Договору страхування Сторони гарантують, що їхні представники, які підписали Договір страхування, належним чином уповноважені на укладення Договору страхування, та документи, що підтверджують їх повноваження, належним чином видані та на момент підписання Договору страхування не були змінені та відкликані.

7.16. При укладенні Договору страхування Страховик та Страхувальник можуть домовитися про таке:

- 7.16.1. конкретизувати окремі положення цих Правил страхування;
- 7.16.2. доповнити Договір страхування умовами, які не врегульовані цими Правилами страхування, якщо такі доповнення не суперечать законодавству України;
- 7.16.3. у разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору страхування та положеннями цих Правил страхування або інформацією, зазначеною у Заяві на страхування, застосовуються умови, визначені Договором страхування.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від 15 днів до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. В межах строку дії Договору страхування можуть встановлюватися періоди страхування - зазначені в Договорі страхування проміжки часу, протягом яких може виникнути подія, що дає Страхувальнику підстави для отримання страхової виплати за Договором страхування, за умови сплати Страхувальником страхових платежів та виконання інших умов Договору страхування.

8.3. Строк дії періоду страхування починається з дати, вказаної в Договорі страхування як дата початку дії періоду страхування, але не раніше 00:00 год. дати, наступної за датою надходження страхового платежу за цей період страхування на поточний рахунок Страховика, та закінчує свою дію о 24:00 год. дати, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення періоду страхування за Договором, якщо інший порядок початку та закінчення дії періоду страхування не передбачений умовами Договору страхування.

8.4. **Обов'язок Страховика за Договором страхування щодо здійснення страхової виплати в результаті настання випадків, що відбулися протягом дії періоду страхування (страхове покриття), виникають після надходження страхового платежу за цей період страхування на поточний рахунок Страховика.**

8.5. Дія Договору страхування, укладеного на умовах цих Правил, поширюється на територію України та/або країн, зазначених в Договорі страхування, за виключенням зон воєнних дій, конфліктів та прирівняних до них, а також окупованих та/або незаконно відчужених територій, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1. ознайомитися з цими Правилами та умовами страхування;
- 9.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку, в порядку та на умовах, визначених в Договорі страхування;
- 9.1.3. укласти Договір страхування про страхування третьої особи (Застрахованої особи), яка набуває прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами;
- 9.1.4. при укладенні Договору страхування призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати. Страхувальник має право змінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку. Укладання Договору страхування на користь інших осіб (Вигодонабувачів) не звільняє Страхувальника від виконання обов'язків за Договором страхування;
- 9.1.5. змінити умови Договору страхування за згодою Сторін, згідно з розділом 14 цих Правил;
- 9.1.6. достроково припинити дію Договору страхування згідно з умовами цих Правил та з умовами Договору страхування;
- 9.1.7. достроково припинити дію Договору страхування стосовно будь-якої Застрахованої особи, про що Страхувальник надає Страховику письмову заяву не пізніше дати припинення дії Договору страхування стосовно цієї Застрахованої особи;

9.1.8. за згодою Страховика додатково застрахувати осіб за Договором страхування, з оплатою додаткового страхового платежу, про що укладається Додаткова угода до Договору страхування;

9.1.9. вимагати забезпечення організації надання та оплати наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги та інших пов'язаних послуг в межах обсягів, передбачених Договором страхування та Програмою страхування;

9.1.10. отримати дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу. Страховик видає дублікат Договору страхування протягом 5-ти (п'яти) робочих днів з дати отримання письмової заяви про видачу дублікату Договору страхування. Видача копії чи дублікату Договору страхування не впливає на чинність Договору страхування. З моменту видачі дублікату втрачений екземпляр Договору страхування (оригінал) вважається недійсним;

9.1.11. повідомляти Страховику про випадки ненадання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги;

9.1.12. організувати проведення незалежної оцінки (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком оцінки;

9.1.13. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. своєчасно та в повному обсязі сплачувати страхові платежі відповідно до умов Договору страхування;

9.2.2. при укладенні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (відомості про стан здоров'я Застрахованих осіб, які Страховик вимагає при укладенні Договору страхування), і надалі письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику протягом 3 (трьох) робочих днів з моменту зміни, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, та, за необхідності, укласти додаткову угоду до Договору страхування та здійснити доплату страхового платежу;

9.2.3. при необхідності забезпечити проходження Застрахованою особою медичного обстеження в установі чи в особи, визначеної Страховиком;

9.2.4. довести до відома Застрахованих осіб умови Договору страхування та Правил, порядок надання медико-санітарної допомоги за Договором страхування, а також покласти на Застраховану особу виконання всіх обов'язків Страхувальника, передбачених Договором страхування (за винятком обов'язку сплати страхових платежів). Дії Застрахованих осіб прирівнюються до дій Страхувальника;

9.2.5. повідомляти Страховика протягом строку дії Договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Застрахованих осіб;

9.2.6. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору страхування;

9.2.7. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.2.8. усувати протягом узгодженого зі Страховиком строку обставини, які помітно підвищують страховий ризик, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщає Страхувальника;

9.2.9. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування;

9.2.10. у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, діяти згідно з розділом 10 цих Правил;

9.2.11. при укладенні Договору страхування з періодами страхування, якщо на момент здійснення страхової виплати страховий платіж оплачено не за всі періоди страхування до кінця дії Договору страхування, - сплатити страхові платежі за періоди страхування, що залишилися до кінця дії Договору страхування (незалежно від того, чи настав строк сплати таких платежів);

9.2.12. сплатити додатковий страховий платіж у разі збільшення страхового ризику та внесення відповідних змін до умов Договору страхування;

9.2.13. у разі настання події, що може бути визнана страховим випадком, надати документи, передбачені розділом 11 цих Правил;

9.2.14. в обумовлені Договором страхування строки повернути Страховику суму страхової виплати (або її відповідну частину), яку здійснив Страховик, та відшкодувати витрати Страховика, пов'язані з такою виплатою, якщо з'ясується обставини, які відповідно до умов Договору страхування, цих Правил або закону України є підставою для відмови у страховій виплаті, тобто повністю або частково звільняють Страховика від обов'язку здійснити страхову виплату;

9.2.15. на виконання вимог Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надати Страховику інформацію і документи, необхідні для здійснення ідентифікації Страхувальника;

9.2.16. виконувати всі інші обов'язки, передбачені цими Правилами, Договором страхування та законодавством.

9.3. Застрахована особа зобов'язана:

9.3.1. заповнити Декларацію про стан свого здоров'я або пройти попереднє медичне обстеження на вимогу Страховика з метою отримання достовірних даних для оцінки страхового ризику;

9.3.2. при настанні страхового випадку, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження з метою встановлення факту, причин, обставин настання страхового випадку та розміру збитку;

9.3.3. виконувати призначення лікаря, отримані під час лікування, дотримуватись розкладу, встановленого закладом охорони здоров'я;

9.3.4. не передавати свою Індивідуальну медичну картку іншим особам з метою одержання ними медико-санітарної допомоги, передбаченої Договором страхування;

9.3.5. у випадку втрати Договору страхування та/або Індивідуальної медичної картки негайно сповістити про це Страховика будь-яким доступним способом;

9.3.6. повідомляти Страховика про всі випадки ненадання (відмови у наданні), неповного або неякісного надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги закладами охорони здоров'я, аптечними закладами та/або асистуючою (сервісною) компанією, зазначеними в Програмі страхування;

9.3.7. надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації щодо стану свого здоров'я;

9.3.8. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором.

9.4. Страховик має право:

9.4.1. при укладенні Договору страхування вимагати надання Декларації про стан здоров'я та результатів медичного огляду та/або обстеження Застрахованих осіб та за їх результатами приймати рішення щодо укладення Договору страхування;

9.4.2. перевіряти достовірність повідомленої Страхувальником (Застрахованою особою) при укладенні Договору страхування інформації, перевіряти іншу, надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення страхового ризику;

9.4.3. перевіряти виконання Страхувальником обов'язків, передбачених Договором страхування;

9.4.4. у разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, закладів охорони здоров'я та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;

9.4.5. самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, перевіряти всі представлені йому документи. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Страхувальника/Застраховану особу для проходження медичного огляду

до вказаного Страховиком закладу охорони здоров'я або лікаря;

9.4.6. у разі отримання інформації про обставини, що стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати від Страхувальника зміни умов Договору страхування та сплати Страхувальником додаткового страхового платежу. У разі відмови Страхувальника внести зміни до Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування стосовно Застрахованої особи, відповідно до умов цих Правил та Договору страхування, на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування;

9.4.7. повністю або частково відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених розділом 13 цих Правил, Договором страхування або законом;

9.4.8. при наявності сумнівів в підставах для здійснення страхової виплати відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав, згідно з п.12.9. цих Правил;

9.4.9. достроково припинити дію Договору страхування у випадках, передбачених цими Правилами, Договором страхування або законом;

9.4.10. змінити умови Договору страхування за згодою Сторін згідно з розділом 14 цих Правил;

9.4.11. при підвищенні цін на медичні та/або інші пов'язані послуги, що надаються за Програмою страхування, а також при підвищенні цін на лікарські засоби (медикаменти) протягом строку дії Договору більш, ніж на передбачений Договором страхування відсоток, переглядати окремі пункти Програми страхування або страхові тарифи (в частині ще не сплачених Страхувальником сум) та погоджувати такі зміни зі Страхувальником не пізніше ніж за 30 календарний днів до дати здійснення відповідного платежу на поточний рахунок Страховика;

9.4.12. вимагати повернення здійсненої страхової виплати, якщо виявиться така обставина, яка відповідно до умов Договору страхування, цих Правил або закону України повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на отримання страхової виплати.

9.5. Страховик зобов'язаний:

9.5.1. ознайомити Страхувальника з Програмою страхування, Правилами страхування та з переліком закладів охорони здоров'я - партнерів Страховика, визначених для надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги за Договором страхування та Програмою страхування;

9.5.2. протягом обумовленого Договором страхування строку з дати надходження страхового платежу видати Страхувальнику (Застрахованій особі) Індивідуальну медичну картку, якщо це передбачено Договором страхування;

9.5.3. в обумовленій Договором страхування строк вжити заходів щодо організації медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги Застрахованій особі в межах, передбачених Програмою страхування та здійснення своєчасної страхової виплати;

9.5.4. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

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

9.5.6. контролювати обсяг, якість та доцільність медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування та Програмою страхування;

9.5.7. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.5.8. за заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

9.5.9. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище,

крім випадків, встановлених законом.

9.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страховика та Страхувальника (Застрахованої особи), якщо вони не суперечать закону.

9.7. Сторони Договору страхування зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну місцезнаходження, організаційно-правової форми, банківських реквізитів та про інші зміни, що можуть вплинути на виконання ними своїх зобов'язань згідно з Договором страхування, але в будь-якому разі не пізніше 10 (десяти) робочих днів з дати, коли сталися такі зміни.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При виникненні необхідності отримання медико-санітарної допомоги у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, які передбачені Програмою страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.1.1. вжити всіх можливих заходів щодо зменшення шкоди й усунення причин, що сприяють виникненню додаткової шкоди;

10.1.2. негайно, але не пізніше 24-х годин з моменту настання страхового випадку, зателефонувати до асистуючої (сервісної) компанії за телефонами, що зазначені в Договорі страхування та/або в Індивідуальній медичній картці та повідомити:

- прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи;
- номер Договору страхування та Індивідуальної медичної картки;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- характер медико-санітарної допомоги, що потрібна;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію, необхідну для організації надання медико-санітарної допомоги.

10.2. Застрахована особа зобов'язана чітко дотримуватись вказівок асистуючої (сервісної) компанії відносно всіх наступних дій (включно щодо закладу охорони здоров'я, в якому буде здійснюватися надання медико-санітарної допомоги).

10.3. Якщо з поважних причин Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості зателефонувати до асистуючої (сервісної) компанії, це можуть зробити треті особи, працівники відповідних закладів, родичі Застрахованої особи.

10.4. Якщо внаслідок погіршення стану здоров'я Застрахованої особи Страховику не було своєчасно повідомлено про необхідність отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги і таку допомогу було надано, Страхувальник (Застрахована особа) повинен негайно, але не пізніше 24-х годин після стабілізації стану здоров'я, пред'явити представникам закладу охорони здоров'я Договір страхування (страховий поліс, сертифікат тощо) та зателефонувати до асистуючої (сервісної) компанії.

10.5. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі медико-санітарну допомогу. Відсутність такого підтвердження надає Страховику право відмовити у здійсненні страхової виплати.

10.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

10.7. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку з настанням події, що має ознаки страхового випадку, інструкцій з боку Страховика або асистуючої (сервісної) компанії, а також вжиття останніми заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитку не є підставою

для визнання цієї події страховим випадком.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

11.1. Страховик сплачує вартість наданої закладом охорони здоров'я медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги на підставі рахунків закладів охорони здоров'я, наданих Страховику через асистуючу (сервісну) компанію або безпосередньо закладом охорони здоров'я.

11.2. Закладам охорони здоров'я / асистуючій (сервісній) компанії страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі документів, передбачених договором про співробітництво між Страховиком і зазначеними установами.

11.3. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість одержаної медико-санітарної допомоги, Страховик відшкодовує ці витрати Застрахованій особі на підставі наступних документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку:

- заява на відшкодування витрат (за встановленою Страховиком формою);
- копія паспорту одержувача страхової виплати у вигляді книжки або ID-картки;
- копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (реєстраційного номеру облікової картки платника податків) одержувача страхової виплати;
- копія Індивідуальної медичної картки;
- первинна медична документація або витяг з історії хвороби, із зазначенням профілю відділення, нозології, переліку діагностичних процедур, лікувальних заходів, переліку лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також строку та періодичності їх застосування, вартості;
- рахунки закладу охорони здоров'я;
- у випадку смерті Застрахованої особи спадкоємець (-ці) Застрахованої особи надає: свідоцтво про смерть та медичний висновок про причину смерті; документи, що підтверджують право особи, яка звернулась до Страховика, отримати страхову виплату (витяг зі спадкового реєстру, свідоцтво про право на спадщину, заповіт тощо);
- у випадку одержання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи довірена особа надає: довіреність, оформлена відповідно до встановленого законодавством України порядку, з повноваженнями на право одержання від Страховика страхової виплати.
- згода на обробку персональних даних одержувача страхової виплати (за встановленою Страховиком формою).

Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених зі Страховиком.

11.4. Додатково до зазначених у пункті 11.2. цих Правил документів, в залежності від виду отриманої Застрахованою особою медико-санітарної допомоги, Страховику надаються такі документи:

11.4.1. при самостійному придбанні Застрахованою особою лікарських засобів (медикаментів) в аптечному закладі:

- копії рецептурних бланків чи відповідний перелік призначених лікарських засобів (медикаментів), завірений лікарем;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери).

Вартість самостійно придбаних Застрахованою особою лікарських засобів (медикаментів) Страховик відшкодовує Застрахованій особі або безпосередньо аптечному закладу.

11.4.2. при самостійному лікуванні Застрахованої особи в стоматології:

- оригінал акту виконаних робіт із стоматології;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);
- копії: виписка з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), Свідоцтво платника податку, Ліцензія діяльності (лікувального закладу).

11.4.3. при перебуванні Застрахованої особи на лікуванні в стаціонарі:

- консультативний висновок, копія або витяг з амбулаторної карти або з історії

хвороби, що підтверджують необхідність отримання відповідних медичних послуг;

- копії рецептурних бланків чи відповідний перелік призначених лікарських засобів (медикаментів), завірений лікарем;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);
- довідка, завірена в установленій формі, з медичної установи (епікріз) (зі штампом, печатками, підписами лікарів з розбірливо написаними їх прізвищами) про отримання медико-санітарної допомоги в стаціонарі з зазначенням строків звернення, встановленого діагнозу, переліку та кількості призначених лікарських засобів (медикаментів) (назви, форма випуску, дозування, кратності та тривалості прийому);
- копії: виписка з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ), Свідоцтво платника податку, Ліцензія діяльності (лікувального закладу);

11.4.4. при самостійному отриманні Застрахованою особою амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної допомоги:

- копія направлення на отримання амбулаторно-поліклінічної медико-санітарної допомоги;
- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);
- копії: виписка з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) закладу, що надає допомогу; Свідоцтво платника податку закладу, що надає допомогу; Ліцензія лікувального закладу (якщо оздоровчі послуги відносяться до заходів медичної практики та надаються закладом охорони здоров'я);
- платіжне доручення або квитанція про сплату податку (для ФО-П);

11.4.5. при самостійному отриманні Застрахованою особою лікувально-профілактичних послуг:

- оригінали розрахункових документів (квитанції, фіскальні чеки, товарні чеки, прибуткові касові ордери);
- копії: виписка з Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (ЄДРПОУ) закладу, що надає послуги; Свідоцтво платника податку закладу, що надає послуги; Ліцензія лікувального закладу (якщо лікувально-профілактичні послуги відносяться до заходів медичної практики та надаються закладом охорони здоров'я);
- платіжне доручення або квитанція про сплату податку (для ФО-П);

11.5. Страховик має право вимагати від Страхувальника надання інших документів, крім тих, які зазначені вище, у разі недостатності наданих та/або неможливості з них встановити факт, обставини, причини настання страхового випадку та/або вартість отриманої медико-санітарної та пов'язаної допомоги.

11.6. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі:

11.6.1. оригінальних примірників;

11.6.2. нотаріально завірених копій або простих копій, за умови надання Страховику можливості їх звірення з оригінальними примірниками документів. При цьому Страховик залишає у себе завірені копії документів, а оригінали повертає Страхувальнику.

11.7. Якщо документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надані в неповному обсязі та/або в неналежній формі, або оформлені з порушенням наявних норм (відсутні номер, дата, штамп, є виправлення тексту тощо), прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті не здійснюється до усунення цих недоліків. Про наявність таких невідповідностей, порушень Страховик повідомляє Страхувальнику в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання таких документів, якщо інший строк не обумовлений Договором страхування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

12.2. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату в розмірі

вартості наданої Застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги у межах страхової суми або лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика відповідно до умов Договору страхування та Програми страхування для цієї Застрахованої особи.

12.3. Якщо умовами Договору страхування передбачена франшиза, розмір франшизи вираховується із суми страхової виплати.

12.4. Страхові виплати можуть бути здійснені:

- закладам охорони здоров'я, іншим установам, що забезпечують надання медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником Програми страхування, які згідно з договором про співробітництво із Страховиком (асистуючою (сервісною) компанією) організують та надають медико-санітарну чи пов'язану допомогу Застрахованій особі при настанні страхового випадку;

- Застрахованій особі, у разі оплати медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги безпосередньо Застрахованою особою та/або придбанні Застрахованою особою самостійно необхідних лікарських засобів (медикаментів), за попереднім узгодженням із Страховиком (асистуючою (сервісною) компанією);

- асистуючій (сервісній) компанії, яка за дорученням Страховика організувала надання та сплатила на рахунок закладу охорони здоров'я вартість наданої Застрахованій особі медико-санітарної та іншої пов'язаної допомоги;

- спадкоємцю (-ям) Застрахованої особи згідно з законодавством України, у разі смерті Застрахованої особи;

- довірентній особі Застрахованої особи за довіреністю, оформленою відповідно до встановленого законодавством України порядку, з повноваженнями на право отримання від Страховика страхової виплати.

Якщо Застрахованою особою є дитина (Застрахована особа віком до 16 років), страхова виплата здійснюється її батькам (усиновителям) або особі, яка визнана опікуном згідно законодавства України.

12.5. Застрахованій особі / спадкоємцю (-ям) Застрахованої особи / довірентній особі Застрахованої особи страхова виплата здійснюється Страховиком на підставі письмової заяви одержувача страхової виплати та страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

12.6. Протягом 10 (десяти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) з дати отримання всіх необхідних документів, передбачених розділом 11 цих Правил, Страховик:

12.6.1. приймає рішення про здійснення страхової виплати та складає страховий акт. Страхова виплата здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) з дати складання страхового акту;

або

12.6.2. приймає рішення про відмову у страховій виплаті та протягом 5 (п'яти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) з дати прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (одержувача страхової виплати) в письмовій формі, з обґрунтуванням причини відмови.

12.7. Зкладам охорони здоров'я / асистуючій (сервісній) компанії страхова виплата здійснюється Страховиком в порядку і в строки, встановлені договором про співробітництво між Страховиком і зазначеними установами.

12.8. Страховик та Страхувальник мають право призначити за свій рахунок розслідування або оцінку, яку проводить експерт незалежної експертної організації, з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди.

12.9. Страховик має право відстрочити страхову виплату, про що зобов'язаний повідомити Страхувальника (одержувача страхової виплати) в письмовій формі протягом 5 (п'яти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором страхування), у випадках, коли:

12.9.1. не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розмір шкоди, обставини, які підтверджують право одержувача страхової виплати на її одержання - до з'ясування таких обставин, але не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів з дати отримання Страховиком останнього документу, необхідного для з'ясування обставин, причин настання страхового випадку та розміру шкоди;

12.9.2. проти Страхувальника (одержувача страхової виплати) порушено кримінальне провадження, що має безпосереднє відношення до страхового випадку – до винесення остаточного рішення по цьому кримінальному провадженню;

12.9.3. Страхувальником не сплачено страхові платежі за періоди страхування, що лишилися до кінця дії Договору страхування – до оплати платежів;

12.9.4. в інших випадках, передбачених Договором страхування – однак не більше, ніж на 60 (шістдесят) робочих днів з дати отримання від Страхувальника (одержувача страхової виплати) останнього документу, необхідного для з'ясування обставин, причин настання страхового випадку та розміру шкоди.

12.10. Договір страхування, по якому страхову виплату здійснено у розмірі меншому, ніж страхова сума, зберігає силу до кінця строку його дії. При цьому, відповідальність Страховика визначається як різниця між страховою сумою, встановленою для Застрахованої особи Договором страхування, та раніше проведеними страховими виплатами.

12.11. Договір страхування, по якому страхову виплату здійснено в розмірі страхової суми, припиняє свою дію з дати страхової виплати.

12.12. Якщо на дату настання страхового випадку діяли також інші договори добровільного медичного страхування, укладені Страхувальником / Застрахованою особою з іншими страховиками, то страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати розміру шкоди, заподіяної Застрахованій особі. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

12.13. У будь-якому разі, загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми або лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика, встановлених Договором страхування та Програмою медичного страхування для цієї Застрахованої особи.

12.14. страхова виплата здійснюється в безготівковій формі, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.15. Виплата страхового відшкодування здійснюється у тій валюті, яка передбачена Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

12.16. Днем виплати страхового відшкодування вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика.

12.17. Після перерахування страхового відшкодування за реквізитами, вказаними Страхувальником (одержувачем страхової виплати) письмово в Заяві про страхову виплату, Страхувальник (одержувач страхової виплати) не може змінювати одержувача страхової виплати. Здійснена страхова виплата не підлягає поверненню Страховику та повторному перерахуванню.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

13.1.1. порушення (невиконання або неналежне виконання) Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умов цих Правил та/або Договору страхування;

13.1.2. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової

репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства України;

13.1.3. вчинення Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.1.4. подання Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт та обставини настання страхового випадку;

13.1.5. несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення перешкод Страховику у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

13.1.6. ухилення Застрахованої особи від проведення медичного огляду для визначення стану алкогольного сп'яніння, впливу наркотичних чи токсичних речовин на момент настання нещасного випадку, якщо Застраховану особу було направлено на такий огляд у встановленому законодавством порядку для визначення відповідного стану;

13.1.7. відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду у вказаному Страховиком закладі охорони здоров'я або у лікаря після настання страхового випадку, якщо Страховик вимагав такого огляду;

13.1.8. ненадання Страхувальником або одержувачем страхової виплати всіх необхідних документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитку, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, подання документів, оформлених з порушеннями дійсних норм (відсутні номери, печатки чи дати, наявність виправлень тощо), чи подання документів, які містять недостовірну інформацію щодо строку, причин та обставин страхового випадку та розміру збитку;

13.1.9. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я і, відповідно, до збільшення розміру страхових виплат;

13.1.10. умисне невжиття Страхувальником необхідних та доступних заходів з метою зменшення розміру заподіяної шкоди;

13.1.11. отримання Страхувальником або особою, на користь якої укладено Договір страхування, повного відшкодування шкоди від особи, винної у її заподіянні та/або від інших третіх осіб;

13.1.12. виявлення факту того, що обсяг та характер шкоди не відповідають причинам та обставинам страхового випадку;

13.1.13. нанесення шкоди життю, здоров'ю та працездатності Застрахованої особи за обставин, що відносяться до виключень зі страхових випадків;

13.1.14. інші випадки, передбачені цими Правилами та законом.

13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо це не суперечить закону.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Будь-які зміни умов Договору страхування, за винятком тих, які відбуваються автоматично відповідно до його умов, здійснюються на підставі письмової заяви чи листа Страховика або Страхувальника та оформлюються у вигляді додаткових угод до діючого Договору страхування, які з моменту підписання стають його невід'ємними частинами.

14.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона - ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування. Якщо будь-яка зі Сторін не згодна на внесення змін в Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання цією Стороною письмового повідомлення іншої Сторони про бажання внести зміни до Договору страхування вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії. Протягом цього періоду Договір страхування діє на попередніх умовах, визначених при укладанні Договору

страхування.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

15.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

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

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки;

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

15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика.

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 не передбачено Договором страхування.

15.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії періоду страхування Договору страхування, за який сплачено страховий платіж, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу в розмірі 30%, фактичних страхових виплат, що були здійснені протягом строку дії відповідного періоду страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж за період страхування повністю.

15.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачений ним страховий платіж за відповідний період дії Договору страхування. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страховий платіж за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу в розмірі 30%, фактичних страхових виплат, що були здійснені за період за цим Договором страхування.

15.5. У випадку дострокового припинення Договору страхування, повернення страхового платежу здійснюється в безготівковій формі протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати припинення Договору, якщо інше не обумовлено Договором страхування або письмовою згодою Сторін Договору страхування.

15.6. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України. Крім того, відповідно до Закону України «Про страхування» Договір страхування визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового випадку.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

16.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру страхових виплат вирішуються Сторонами із залученням експертів і оплатою їх послуг

Стороною, яка запрошує експерта.

16.3. При неможливості урегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку згідно з законодавством України.

16.4. Позов по вимогам, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в строк, передбачений умовами Договору страхування та законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Всі повідомлення за Договором страхування, передбачені цими Правилами та самим Договором страхування, здійснюються Сторонами в письмовій формі.

17.2. У Договорі страхування, за погодженням Сторін, може бути передбачено, що окремі положення цих Правил можуть бути змінені (конкретизовані) або не включаються до нього і не поширюються на нього.

17.3. Сторони не несуть відповідальності за невиконання умов Договору страхування, укладеному на умовах цих Правил, у разі, якщо таке невиконання є прямим результатом безпосереднього впливу обставин непереборної сили.

17.4. Під «непереборною силою» розуміють зовнішні і надзвичайні події, які виникли незалежно від волі Сторін Договору страхування, їх настанню і подальшій дії Сторони Договору страхування не мали змоги протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, які могли бути застосовані по відношенню до конкретних проявів непереборної сили.

17.5. При настанні обставин непереборної сили (форс-мажору) строк виконання зобов'язань Сторін за Договором страхування збільшується відповідно до строку, протягом якого будуть діяти ці обставини. Якщо цей період буде продовжуватись понад 3 місяці (якщо інше не передбачено Договором страхування), то будь-яка із Сторін буде вправі відмовитись від подальшого виконання зобов'язань за цим Договором. При цьому жодна із Сторін не буде мати права на відшкодування можливих збитків. Після припинення дії (впливу) обставин непереборної сили, зобов'язання по Договору страхування, строк виконання яких настав, підлягають негайному виконанню.

17.6. У всіх випадках, що не врегульовані цими Правилами, Сторони Договору страхування керуються законодавством України.

17.7. З моменту набуття чинності нової редакції Правил, попередня редакція Правил страхування втрачає чинність.

Додаток 1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція)
від «24» квітня 2019 року

Базові Програми добровільного медичного страхування

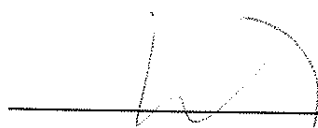
Таблиця № 1.

№ з/п	Найменування Програми	Умови Програми
1.	Популярна	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
2.	Базова	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактичної допомоги, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні

3.	Дитяча	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактичної допомоги, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
4.	Комфорт	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
5.	Стандарт	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
6.	Стандарт-Базова	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні

7.	VIP	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
8.	Економ	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні
9.	Класік	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному та стаціонарному лікуванні

10.	Престиж	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному лікуванні та в період реабілітації
11.	Програма з переліком медичної допомоги за вибором Страхувальника	Надання медичної допомоги, цілодобової невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та пов'язаних з ними медичних та інших послуг, оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному та стаціонарному лікуванні, організація та оплата додаткових медичних послуг під час стаціонарного лікування (перебування в палаті підвищеного комфорту, додаткове харчування та т.ін.), організація консультацій, оплата вартості діагностики, діагностичних досліджень, встановлення діагнозу, профілактично-оздоровчої допомоги, надання медичної допомоги, медичних та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, під час вагітності та пологів, а також послуг з медичного транспортування та інших послуг, зазначених в Договорі страхування, при амбулаторно-поліклінічному, стаціонарному лікуванні та в період реабілітації


Актуарій **С.В. Кучук-Яценко**

Свідоцтво № 01-020 від «11» серпня 2016р., видане Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг

Додаток 2
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція)
від «24» квітня 2019 року

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
по добровільному медичному страхуванню

Таблиця № 2.

№ з/п	Програма добровільного медичного страхування	Страховий тариф, у % від страхової суми
1.	Популярна	10-11
2.	Базова	7-8
3.	Дитяча	7-8
4.	Комфорт	6-10
5.	Стандарт	2-34
6.	Стандарт-Базова	22-23
7.	VIP	8-10
8.	Економ	5-6
9.	Класік	7-8
10.	Престиж	10-11
11.	З переліком медичної допомоги за вибором Страховальника	1-34

Вищенаведені тарифи розраховані при застосуванні безумовної франшизи від 0 до 20 % від страхової суми.

При укладанні Договору страхування на строк менше одного року, розмір остаточного страхового тарифу розраховується виходячи з розміру базового річного страхового тарифу з урахуванням коефіцієнтів короткостроковості, що наведені у Таблиці 3. При цьому неповний

місяць дії Договору страхування рахується за повний.

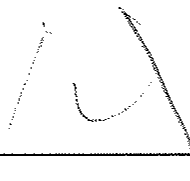
Коефіцієнти короткостроковості

Таблиця № 3.

Строк дії Договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,25	0,30	0,4	0,5	0,6	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1,0

Остаточний страховий тариф за Договором страхування розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на коригувальні коефіцієнти від 0,01 до 10,0, відповідно до факторів, що впливають на страховий ризик.

Норматив витрат на ведення справ, визначений при розрахунках страхових тарифів, становить 30% від страхового тарифу.


Актуарій **С.В. Кучук-Яценко**

Свідоцтво № 01-020 від «11» серпня 2016р., видане Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг

Інформація пронумеровано та
скріплене печатком 55 аркушів

Директор

ДП «Експрес Страхування»

Шуцьєва Т.А.

