



АРСЕНАЛ
СТРАХУВАННЯ

ЗАТВЕРДЖУЮ:

**Голова Правління
Приватне акціонерне товариство
«Страхова компанія «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»**



Авдєєв С.О.

«01 листопада» 2013р.

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

Київ, 2013

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі по тексту - «Правила») Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» (далі по тексту - «Страховик») укладає Договори добровільного медичного страхування (далі по тексту – «Договір страхування») з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі в тексті - «Страхувальники»). Страхувальниками за Договором страхування можуть бути юридичні особи (підприємства, організації і установи незалежно від форми власності та підпорядкування), фізичні особи-підприємці та фізичні особи (дієздатні особи).
- 1.2. Страхувальники мають право укласти із Страховиком Договори страхування про страхування третіх осіб (надалі по тексту — “Застрахована особа”) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
- 1.3. У випадку, якщо Договір страхування укладений Страхувальником на користь Застрахованої особи, то останній набуває прав та обов'язків Страхувальника, передбачених Правилами та Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування та Правилами.
- 1.4. Договір страхування, укладений по відношенню до однієї Застрахованої особи або до декількох Застрахованих осіб, що перебувають у родинному зв'язку, є Договором індивідуального страхування.
- 1.5. Договір страхування, укладений по відношенню до декількох Застрахованих осіб, є Договором колективного страхування. Договір страхування вважається колективним за умови, що Застраховані особи мають спільного роботодавця або об'єднані іншим спільним інтересом, що не обмежується тільки зацікавленістю в укладанні Договору страхування.
- 1.6. Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичних послуг певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, а також сервісними організаціями, які забезпечують надання асістанських послуг, у відповідності до обраної Страхувальником (Застрахованою особою) Програми добровільного медичного страхування (далі по тексту - «Програма страхування»), умов конкретного Договору страхування та в межах страхової суми.
- 1.7. Умови, що містяться в даних Правилах страхування, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТЬ

- 2.1. Асістанс - юридична особа, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Застрахованих осіб за Договорами страхування в частині організації та фінансування медичних та інших послуг у обсязі програм страхування або підрозділ Страховика, який забезпечує організацію та фінансування медичних та інших послуг у обсязі Програм страхування. Асістанс організовує та оплачує медичні послуги від імені та за рахунок Страховика.
- 2.2. Медичні заклади - підприємства, установи або організації, які мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання 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.
- 2.3. Базові медичні заклади – медичні заклади, що пов'язані зі Страховиком та/або Асістансом договірними відносинами.
- 2.4. Розрахункові медичні заклади – медичні заклади, які зазначені у Програмі страхування та в порівнянні з цінами яких Страховик проводить страхову виплату Застрахованим особам, які

отримали медичні послуги в інших медичних закладах поза списком Базових ЛПУ, за цінами, що перевищують ціни на аналогічні послуги в Розрахункових медичних закладах.

- 2.5. Медична допомога (медико-санітарна допомога) - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами; комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення, а також медичне обслуговування.
- 2.6. Програма страхування – комплекс послуг з медичної допомоги при настанні страхового випадку, який обирається Страхувальником/Застрахованою особою при укладенні Договору страхування. Програма страхування є невід'ємною частиною Договору страхування.
- 2.7. Медичний стан - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, яка підтверджується первинною та/або вторинною медичною документацією.
- 2.8. Медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою.
- 2.9. Якщо значення якого-небудь найменування чи поняття не зазначено в Правилах і не може бути визначено, виходячи із законодавства України, то таке найменування чи поняття використовується в своєму звичайному лексичному значенні.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

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

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

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. Страховим ризиком є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

- 4.2. В Договір страхування можуть бути включені зі згоди Сторін один або декілька страхових ризиків.
- 4.3. Страховим випадком є подія, яка відбулася після набуття чинності Договору і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу, медичному закладу чи іншим третім особам), а саме, звернення Застрахованої особи під час та у місці дії Договору до медичного, профілактично-оздоровчого або фармацевтичного закладу та/або Асистансу з метою одержання медичної допомоги чи послуги у межах, якості та в обсязі, передбаченими Програмою страхування.
- 4.4. Правилами встановлюються наступні Програми страхування:
- 4.4.1. Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі амбулаторно-поліклінічного лікування в медичних закладах, обумовлених Договором страхування;
- 4.4.2. Програма «Стаціонарна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі стаціонарного лікування в медичних закладах, обумовлених Договором страхування;
- 4.4.3. Програма «Швидка та невідкладна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг, які надаються бригадами швидкої медичної допомоги, обумовленими Договором страхування;
- 4.4.4. Програма «Стоматологічна допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі лікування в стоматологічних медичних закладах, обумовлених Договором страхування;
- 4.4.5. Програма «Медикаментозне лікування» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медикаментозного лікування при амбулаторно-поліклінічному та/або стаціонарному лікуванні в медичних закладах, обумовлених Договором страхування;
- 4.4.6. Програма «Вагітність та пологи» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості медичної допомоги, медичних послуг у разі лікування в спеціалізованих медичних закладах, обумовлених Договором страхування;
- 4.4.7. Програма «Реабілітаційно-оздоровча допомога» - при настанні страхового випадку Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості профілактично-оздоровчих та/або реабілітаційних заходів, медичних послуг в профілактично-оздоровчих та медичних закладах, обумовлених Договором страхування.
- 4.4.8. Програма «Комплексна медична допомога» - включає в себе послуги, зазначені в двох або більше Програмах страхування цих Правил, зазначених в п.п. 4.3.1.- 4.3.7
- 4.5. До медичних послуг за Програмами страхування входять:
- 4.5.1. консультативний прийом та лікування лікарями усіх спеціальностей;
- 4.5.2. функціональна та лабораторна діагностика;
- 4.5.3. проведення медичних оглядів;
- 4.5.4. планова та екстрена госпіталізація, стаціонарне лікування, забезпечення харчуванням відповідно до дієтичних вимог по певному захворюванню;
- 4.5.5. хірургічні операції;
- 4.5.6. медична допомога вдома та в офісі;
- 4.5.7. невідкладна та швидка медична допомога;
- 4.5.8. спостереження лікарями в денних стаціонарах та організація стаціонару вдома у Застрахованої особи;
- 4.5.9. проведення щеплення;
- 4.5.10. проведення реабілітаційно-оздоровчих заходів;
- 4.5.11. фізіотерапевтичне лікування;
- 4.5.12. нетрадиційні методи лікування (мануальна терапія, голкорексфлексотерапія тощо)
- 4.5.13. санаторно-курортне лікування (за призначенням лікаря, як продовження амбулаторно-поліклінічного лікування);

- 4.5.14. надання додаткових сервісних послуг (транспортування необхідних спеціалістів, медичної апаратури та медикаментів до місця перебування Застрахованої особи, додатковий догляд із залученням середнього медичного персоналу, лікувальна фізкультура та таке інше);
- 4.5.15. забезпечення медикаментами, що призначені лікарем, медичними інструментами та витратними матеріалами;
- 4.5.16. стоматологічна допомога, протезування, ортодонтія;
- 4.5.17. диспансеризація.
- 4.6. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за медичною допомогою у разі декілька видів хвороб, або у разі тільки одного виду з переліку, зазначеного у договорі страхування, відповідно до обраної Програми страхування.
- 4.7. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за всіма видами медичної допомоги, передбаченими відповідною Програмою страхування, так і окремих видів медичної допомоги, відповідно до обраної Програми страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 5.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку..
- 5.2. Страхова сума та конкретні умови страхування узгоджуються Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору страхування на підставі чинного законодавства та Правил. Розмір страхової суми залежить від видів, обсягу та вартості медичної допомоги, яка може бути надана Застрахованій особі при настанні страхового випадку за конкретним Договором страхування.
- 5.3. В межах страхової суми за Програмою страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за будь-якою опцією Програми страхування. Лімітом відповідальності Страховика є встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або у відношенні певних страхових ризиків відповідно для яких був встановлений ліміт відповідальності та здійснювались страхові виплати.
- 5.4. Ліміт відповідальності Страховика, встановлений за Договором страхування, визначається агрегатним лімітом відповідальності Страховика за всіма страховими ризиками, які відбулися в період дії Договору страхування з конкретною Застрахованою особою та/або особами.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 6.1. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
 - 6.1.1. СНІД та ВІЛ-інфекції та інші імунодефіцитні стани;
 - 6.1.2. алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, самогубство та замах на самогубство, стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;
 - 6.1.3. вірусні гепатити (крім гепатиту А), хронічні гепатити, гепатози, цироз печінки;

- 6.1.4. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;
- 6.1.5. психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну, синдром хронічної втоми;
- 6.1.6. захворювання, які передається переважно статевим шляхом, а саме: венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венерична лімфогранульома, м'який шанкр, донованоз) та/або захворювань, які передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазменна та мікоплазменна інфекції, уrogenітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, гарднерельоз, трихомоніаз, папіломовірус, контагіозний моллюск, гострокінцеві кондиломи, липтотрікс та ін.);
- 6.1.7. комплексне обстеження на TORCH - інфекції на носійство та лікування;
- 6.1.8. вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (катаракта, пневмосклероз, остеопороз та ін.);
- 6.1.9. особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95;
- 6.1.10. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду; Перинатальні пошкодження та їх наслідки (в т.ч. дитячий церебральний параліч);
- 6.1.11. професійні захворювання; Алергічні захворювання, крім невідкладних станів (в т.ч. специфічна імунотерапія алергічних захворювань, скринінг на визначення алергенів, алергологічні панелі, імунограма тощо);
- 6.1.12. ожиріння з будь-якої причини;
- 6.1.13. патологічні стани, що пов'язані з вагітністю та пологами, в т.ч. патологічними, окрім абортів за медичними показаннями; Чоловіче та жіноче безпліддя, порушення статевої функції. Порушення менструального циклу: аменорея, гіпоменорея, гіперменорея, гіперандрогенія, гіперпролактинемія; клімакс, в т.ч. патологічний;
- 6.1.14. захворювання шкіри та придатків (псоріаз, екзема, вітіліго, нейродерміт, мікози (в т.ч. лишай), оніхомікози, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, педикульоз, короста, порушення потовиділення, алопеція, ламкість нігтів);
- 6.1.15. гельмінтози та паразитарні захворювання, та їх серологічна діагностика;
- 6.1.16. захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом без законних підстав);
- 6.1.17. захворювання та травми, що настали внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції військового типу; Захворювання та травми, що настали внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 6.1.18. захворювання та травми у випадку подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку, в тому числі підробка документації;
- 6.2. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на уточнюючу діагностику (для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування) та лікування (окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги) після постановки діагнозу наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:
 - 6.2.1. хронічна ниркова та печінкова недостатність;
 - 6.2.2. злоякісні новоутворення, туберкульоз, цукровий діабет та їх ускладнення;
 - 6.2.3. захворювання і травми отримані внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо);

- 6.2.4. дегенеративні та демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи;
- 6.2.5. системні захворювання сполучної тканини;
- 6.2.6. епілепсія;
- 6.2.7. дистопії та дисплазії будь-якої локалізації
- 6.3. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних послуг та підготовку до надання таких послуг:
 - 6.3.1. косметичні, пластичні та реконструктивні операції та процедури (окрім наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору)
 - 6.3.2. медичні маніпуляції, процедури, операції за бажанням (не за медичними показниками);
 - 6.3.3. операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування, ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів;
 - 6.3.4. операції, які потребують використання імплантів, апаратів та пристосувань, що імплантуються, а також будь-які витрати, пов'язані з придбанням імплантів та підготовчі операції;
 - 6.3.5. операції на серці, окрім медикаментозного забезпечення;
 - 6.3.6. експериментальні та нетрадиційні методи лікування (діагностика по Фолю, біоенергетика, гірудотерапія, озонотерапія, склеротерапія, гіпноз, рефлексотерапія тощо.), методи діагностики та лікування, не затверджені МОЗ України в Наказах " Про затвердження клінічних протоколів лікування". Самолікування;
 - 6.3.7. екстракорпоральні методи лікування: плазмофорез, плазмасорбція, плазмоімуносорбція, гемосорбція, ультрафільтрація, лімфосорбція, альбуміносорбція, лейкоцитофорез і т.п.; Гідроклонотерапія, лазеротерапія, гіпербарична та нормобарична оксигенація, гіпокситерапія;
 - 6.3.8. послуги косметолога, парикмахеру, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика, психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата;
 - 6.3.9. операції по зміні статі, штучне запліднення, штучне переривання вагітності (не за медичними показниками); Стерилізація (застосування хірургічних і фармакологічних засобів);
 - 6.3.10. процедури пов'язані з корекцією зору: короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу, косоокості (в т.ч. апаратне лікування), окуляри, лінзи, тренажери; Використання лазерних технологій лікування, в т.ч. профілактична лазерна коагуляція сітківки ока тощо;
 - 6.3.11. медичні послуги та лікування пов'язані з корекцією фігури, осанки, ходи, зміною ваги;
 - 6.3.12. лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах;
 - 6.3.13. консультації лікарів, лабораторно-діагностичні дослідження, медикаменти, призначені з профілактичною метою.
- 6.4. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, Страховик не організовує та не здійснює фінансування наступних медикаментів та товарів медичного призначення:
 - 6.4.1. будь – яких медикаментів, не призначених лікарем; будь – яких медикаментів, офіційно не зареєстрованих на Україні, як лікарські засоби; будь – яких медикаментів, спрямованих на профілактику захворювання;
 - 6.4.2. гормональних препаратів, окрім протизапальних та окрім невідкладних станів в межах швидкої допомоги та невідкладної стаціонарної допомоги; препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифірилін, золадекс та ін.);
 - 6.4.3. препаратів для запобігання вагітності, в т.ч. таких, які мають інші властивості (протизапальні тощо);
 - 6.4.4. косметичних та гігієнічних засобів, засобів для дезінфекції; лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків;
 - 6.4.5. біологічно активних та харчових добавок; препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги;
 - 6.4.6. хондропротекторів та, препаратів, які мають хондропротекторні властивості;

- гіполіпідемічних препаратів, окрім стаціонарного лікування; гепатопротекторів, тривалістю більше ніж 15 діб сумарно на рік; імуномодуляторів;
- 6.4.7. антидеприсантів, психотропних, снодійних, седативних та заспокійливих засобів та ліків, окрім випадків, коли заспокійливі засоби призначаються як частина схеми лікування основного захворювання, невідкладного стану (гіпертонічний криз тощо) - при умові, якщо ці препарати не знаходяться на спеціальному обліку та можуть бути виписані на загальних рецептурних бланках;
- 6.4.8. препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші);
- 6.4.9. придбання протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, штучні водії ритму, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкції для остеосинтезу в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери;
- 6.4.10. препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків (що містять молочнокислі бактерії, дріжджі та біфідобактерії), окрім випадків, коли вони признані під час або після антибіотикотерапії, призначених дорослим та дітям та призначених дітям до 10 років включно для лікування дисбактеріозу;
- 6.4.11. ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні) коли вони призначені, як підтримуюча терапія. У випадку, коли данні медикаменти є складовою частиною лікування основного захворювання медикаментозна терапія даними препаратами є страховим випадком;
- 6.5. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не можуть бути Застрахованими особами:
- 6.5.1. особи у віці молодше 1 (Одного) року і старші за 70 (Сімдесят) років;
- 6.5.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;
- 6.5.3. інваліди 1 (Першої) групи;
- 6.5.4. особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані
- 6.5.5. особи, страждають/страждали на злоякісні новоутворення, мають уроджені аномалії та пороки розвитку, спадкові та генетичні аномалії .
- 6.6. Страховим випадком також не вважається одержання Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої Договором страхування.
- 6.7. Окремі положення, зазначені у п.п.6.1 – 6.5 цих Правил, можуть бути передбачені у Договорі страхування як страхові випадки при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.
- 6.8. У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком та/або про відмову оплатити вартість медичної допомоги та/або її частки, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ ТА СТРАХОВИЙ ТАРИФ

- 7.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.
- 7.2. Розмір страхової премії визначається в Договорі страхування з урахуванням розміру страхових сум по кожному ризику, страхового тарифу, кількості Застрахованих осіб.
- 7.3. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 7.4. Розмір річної тарифної ставки визначається згідно з Додатком №1 до Правил з урахуванням віку, статі і стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, страхового ризику, на випадок настання якого проводиться страхування, роду діяльності і умов праці Застрахованої особи, конкретного переліку видів медичної

допомоги, рівня медичної допомоги.

- 7.5. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, розмір тарифної ставки при укладенні Договорів страхування на термін до одного року та за додатково Застрахованих осіб визначається відповідно:

Строк дії договору страхування, місяців										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховий платіж, % від річного страхового платежу										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

- 7.6. Страхова премія вноситься Страхувальником у формі та у порядку, передбаченому Договором страхування.
- 7.7. При оплаті страхової премії в безготівковій формі, премія вважається оплаченою з моменту зарахування коштів на розрахунковий рахунок Страховика. При оплаті готівкою - премія вважається оплаченою з моменту внесення коштів у касу Страховика або його представника (агента, брокера).
- 7.8. Страхувальник зобов'язаний сплатити встановлену в Договорі страхування страхову премію (при сплаті в розстрочку – кожен частину страхової премії) у встановлений в Договорі страхування термін.
- 7.9. Конкретна форма сплати страхового платежу визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та може бути змінена за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Договір страхування укладається терміном на 1 (Один) рік, якщо інше не передбачено умовами конкретного Договору.
- 8.2. Період страхування вказується в Договорі страхування.
- 8.3. Територія страхування – географічний район (селище, село, місто, район, область, країна), в межах якого стався страховий випадок, в зв'язку з чим у Страховика виникає зобов'язання здійснити страхову виплату.
- 8.4. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.
- 8.5. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 8.5.1. Договором страхування може бути передбачено, що відповідальність Страховика починає діяти при безготівковому перерахуванні страхового платежу - в 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на поточний рахунок Страховика.
- 8.5.2. Моментом внесення страхового платежу (його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його першої частини) в касу Страховика.

9. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 9.1. Страхувальник - юридична особи та/або дієздатні фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.
- 9.2. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

- 9.3. В заяві на страхування повинні бути вказані:
- 9.3.1. список осіб, що заявляються на страхування, зі вказівкою прізвища, імені, по-батькові, дати народження, паспортних даних (серія, номер, ким та коли виданий, місце реєстрації проживання), ідентифікаційного податкового номеру, місця постійного (фактичного) проживання, контактних телефонів;
 - 9.3.2. якщо Страхувальник є юридичною особою - назва, місце знаходження, код ЄДРПОУ, телефон, банківські реквізити;
 - 9.3.3. якщо Страхувальник є фізичною особою - прізвище, ім'я, по-батькові, дату народження, паспортні дані, ідентифікаційний податковий номер, місце проживання;
 - 9.3.4. строк, на який укладається Договір страхування;
 - 9.3.5. програми страхування для кожної із Застрахованих осіб зі вказівкою бажаних страхових сум та лімітів.
- 9.4. Заповнена заява не зобов'язує сторони укласти Договір страхування.
- 9.5. При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.
- 9.6. Страховик також має право відмовити в страхуванні чи відстрочити укладання Договору страхування у випадку, якщо особа, заявлена на страхування, на дату заяви має стан, вказаний в пп.6.5.1.-6.5.5. Правил.
- 9.7. Страховик також має право відкласти укладання Договору страхування, якщо особа, заявлена на страхування, на моменту укладення Договору страждає гострим захворюванням чи тимчасово непрацездатна (має тимчасове порушення здоров'я).
- 9.8. Страхувальник має право укладати договір про страхування третьої особи лише за її згодою.
- 9.9. Страховик приймає рішення про укладання договору страхування протягом 5 (П'яти) робочих днів після надходження письмової заяви Страхувальника.
- 9.10. Договір страхування укладається у двох примірниках. Кожний примірник договору має однакову юридичну силу і зберігається у Страховика і Страхувальника. Договір страхування скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (їх представників) і засвідчується печаткою Страховика, а також Страхувальника (якщо він є юридичною особою).
- 9.11. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим Правилам та не суперечать чинному законодавству України.
- 9.12. Після набуття чинності договором страхування Страховик має право видати Страхувальнику страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати) на ім'я кожної Застрахованої особи, що підтверджують наявність та обсяг прав та обов'язків Застрахованих осіб за таким договором страхування.
- 9.13. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) є формою Договору страхування. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (Застрахованої особи) і засвідчується печаткою Страховика.
- 9.14. Забороняється передавати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за договором страхування. В противному випадку страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) у Застрахованої особи вилучається, а дія договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.
- 9.15. В разі втрати страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифіката) Страхувальник (Застрахована особа) повинен негайно (але не пізніше 48 годин) письмово сповістити про це Страховика. Втрачений страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) вважається анульованим і не може бути підставою для оплати вартості одержаних медичних послуг, а замість нього на ім'я відповідної Застрахованої особи видається дублікат страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату). При цьому, Страховик вправі до видачі дублікату страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) вимагати від

Страховальника (Застрахованої особи) відшкодування вартості виготовлення страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату).

- 9.16. Страховальник зобов'язаний негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страховальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричиняли збільшення страхового ризику, припинилися.
- 9.17. При укладанні Договору страхування Страховальник/Застрахована особа звільнює лікарів медичних закладів від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком в частині, яка стосується факту, обставин настання та/або наслідків страхового випадку, а також стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи до укладання Договору страхування.

10. УМОВИ ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 10.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:
- 10.1.1. закінчення терміну дії договору страхування;
 - 10.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником (Застрахованими особами) у повному обсязі;
 - 10.1.3. несплати Страховальником страхових платежів у терміни, встановлені Договором страхування. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж (його частина) не був сплачений у строк, передбачений Договором страхування, якщо інше не погоджено сторонами у спосіб, передбачений законодавством;
 - 10.1.4. ліквідації Страховальника - юридичної особи, смерті Страховальника - фізичної особи (Застрахованої особи) або втрати дієздатності Страховальником - фізичною особою до моменту переходу до Застрахованої особи прав і обов'язків за Договором страхування (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);
 - 10.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 10.1.6. винесення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
 - 10.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 10.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страховальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.
- 10.3. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніш як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.
- 10.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страховальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням:
- 10.4.1. нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;
 - 10.4.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.
- 10.5. Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страховальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 10.6. При достроковому припиненні дії договору страхування за вимогою Страховика Страховальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страховальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страховальнику страхові платежі за час дії Договору страхування з вирахуванням:

- 10.6.1. нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;
- 10.6.2. фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.
- 10.7. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.
- 10.8. В усіх випадках припинення дії договору страхування Страховику повинні бути повернуті страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати). У разі припинення дії договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.
- 10.9. Зміни або доповнення умов Договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін договору і оформлюються письмово шляхом складання додаткової угоди до Договору страхування, що містить нові умови договору і є невід'ємною частиною Договору страхування. У випадках, передбачених цими Правилами, допускається погодження щодо зміни умов договору у інші способи, передбачені діючим законодавством. В разі реорганізації Страхувальника, виділення з його складу обособлених структурних підрозділів у Договір страхування можуть бути внесені зміни за згодою Страховика і Страхувальника шляхом підписання додаткової угоди.
- 10.10. Додаткова угода до договору страхування повинна містити: назву документа; назву та адресу Страховика; прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу; номер та дату укладення Договору страхування; зміни або доповнення до умов Договору страхування.
- 10.11. Додаткова угода до договору страхування скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (їх представників) і засвідчується печаткою Страховика, а також Страхувальника (якщо він є юридичною особою).
- 10.12. Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик у відповідності до Правил страхування видає на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

- 11.1. Наведені у Правилах страхування переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або Правил страхування, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.
- 11.2. Страхувальник має право:
 - 11.2.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору страхування;
 - 11.2.2. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування
 - 11.2.3. ініціювати внесення змін або доповнень до умов Договору страхування;
 - 11.2.4. на отримання дублікату Договору страхування, або його частини, у разі втрати оригіналу;
 - 11.2.5. вимагати від Страховика, на підставі письмової заяви, письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
 - 11.2.6. оскаржити рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в судовому порядку;
 - 11.2.7. достроково припинити дію Договору страхування відповідно до умов Договору страхування й Правил з письмовим повідомленням Страховика про причини такого рішення, у встановлені Правилами строки, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування;

- 11.2.8. укласти Договір страхування на користь третіх осіб за їх згодою;
- 11.2.9. користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Правилами та законодавством України
- 11.3. Страхувальник зобов'язаний:
 - 11.3.1. сплачувати страхові платежі згідно умов Договору страхування в повному обсязі та в термін, передбачений Договором страхування;
 - 11.3.2. забезпечити збереження документів, які стосуються Договору страхування, і не розголошувати конфіденційну інформацію, що стала відома Страхувальнику у процесі виконання Договору страхування за винятком випадків, передбачених законодавством України, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
 - 11.3.3. при укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику (вік, професія, стан здоров'я, перенесені Застрахованою особою захворювання, наявність групи інвалідності та інші відомості), і надалі протягом 48 годин з моменту настання інформувати його про всі відомі Страхувальникові зміни, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;
 - 11.3.4. повідомити Страховика не пізніше двох календарних днів про інші чинні договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) щодо предмету Договору страхування, з моменту їх укладення;
 - 11.3.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
 - 11.3.6. повідомити Страховика не пізніше 2 (двох) календарних днів з моменту, коли відбулася зміна будь-якої інформації щодо Страхувальника/Застрахованої особи, Вигодонабувача, як то (але не виключно): адреси, розрахункового рахунку, перереєстрацію й т.п.;
 - 11.3.7. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, законодавством України.
- 11.4. Страховик має право:
 - 11.4.1. перевіряти надану Страхувальником\Застрахованою особою інформацію (за наявності фактичної можливості її перевірки), а також вимагати виконання ними умов Договору страхування;
 - 11.4.2. вносити зміни до Договору страхування за згодою сторін, якщо в період його дії відбудеться зміна ризику або обсягу страхової відповідальності Страховика;
 - 11.4.3. згідно п.10.5 Правил в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору страхування;
 - 11.4.4. відмовити в укладанні Договору страхування на підставі результатів попереднього анкетування та/або медичного обстеження;
 - 11.4.5. відстрочити страхову виплату:
 - 11.4.5.1. до надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів, передбачених п.13.2. Правил;
 - 11.4.5.2. до отримання Страховиком документів, які запитуються Страховиком у зв'язку із заявою про страховий випадок в установах, підприємствах і організаціях, які володіють чи зобов'язані володіти інформацією про страховий випадок, а також до отримання показань свідків - очевидців страхового випадку;
 - 11.4.6. встановлювати розмір страхової премії відповідно до тарифів, зазначених у Правилах страхування, та андеррайтерських підвищувальних/понижуючих коефіцієнтів, що діють у відношенні до даної Застрахованої особи;
 - 11.4.7. до укладання Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження й документи для з'ясування стану здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування, за даними, які містяться в анкеті й за результатами медичного обстеження;
 - 11.4.8. відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір у випадках, порядку та строки, передбачені Правилами та Договором страхування;
 - 11.4.9. достроково припинити дію Договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини такого рішення у випадках, передбачених законодавством України, умовами Договору страхування та Правилами;

- 11.4.10. продовжити термін прийняття рішення про здійснення чи відмову у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Правилами та Договором страхування;
- 11.4.11. вимагати повернення Страхувальником отриманої страхової виплати, якщо після здійснення страхової виплати з'ясувалося, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 Правил;
- 11.4.12. користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Правилами й законодавством України.
- 11.5. Страховик зобов'язаний:
 - 11.5.1. ознайомити Страхувальника або Застраховану особу з умовами та Правилами страхування;
 - 11.5.2. 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 або законом;
 - 11.5.3. надати Страхувальникові Договір страхування (при втраті останнього - дублікат);
 - 11.5.4. відшкодувати витрати (письмово погоджені зі Страховиком), понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;
 - 11.5.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним Договір страхування;
 - 11.5.6. не розголошувати відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
 - 11.5.7. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, Правилами та законодавством України.
- 11.6. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування:
 - 11.6.1. вимагати дотримання Страховиком умов Договору страхування;
 - 11.6.2. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування;
 - 11.6.3. одержувати дублікат страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) у випадку втрати оригіналу;
 - 11.6.4. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку, передбаченого Договором страхування.
 - 11.6.5. забезпечити збереження документів, які стосуються Договору страхування, і не розголошувати конфіденційну інформацію, що стала відома Застрахованій особі у процесі виконання Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
 - 11.6.6. при втраті страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) в триденний строк сповістити про це Страховику для одержання дубліката;
 - 11.6.7. повернути безпідставно отримані страхові виплати, якщо з'ясується, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 Правил;
 - 11.6.8. виконувати приписи лікаря, який лікує Застраховану особу, що одержані протягом надання медичної допомоги, виконувати розпорядок, встановлений медичним закладом;
 - 11.6.9. перед укладенням Договору страхування пройти попереднє медичне обстеження;
 - 11.6.10. користуватися іншими правами та виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, законодавством України.

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

- 12.1. При настанні страхового випадку, Застрахована особа при бажанні отримати медичну допомогу на базі медичних закладів, що знаходяться в договірних відносинах зі Страховиком та/або Асистансом та включені в Програму, повинна звернутися в Асистанс.
- 12.2. Застрахована особа може звернутися в будь-який медичний заклад, що не знаходиться в договірних відносинах зі Страховиком та Асистансом або не включений в Програму.
- 12.3. Для отримання відшкодування витрат, пов'язаних з компенсацією коштів за отримані медичні послуги в медичних закладах, не включених до Програми, Застрахована особа повинна надати Страховику необхідні документи згідно п.13.2. Правил протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня одержання послуг, зазначених у п.12.2. Правил.
- 12.4. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, інша третя уповноважена особа), внаслідок поважних причин, не мала можливості надати необхідні для відшкодування документи протягом терміну, вказаного в п.13.5. Правил, тоді до закінчення даного терміну така особа повинна повідомити Страховика в письмовій формі про причини затримки з наданням підтверджуючих документів або їх належним чином засвідчених копій.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

- 13.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на основі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи, іншої третьої уповноваженої особи) і документів, вказаних в п.13.2.Правил, що підтверджують факт настання страхового випадку.
- 13.2. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, підтвердження настання страхового випадку, визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на основі наступних документів:
 - 13.2.1. Заява про настання страхового випадку у формі, яка встановлена Страховиком;
 - 13.2.2. Документ, що підтверджує сплату коштів за наданні послуги: фіскальний касовий чек, або квитанція до прибуткового касового ордеру з печаткою лікувальної установи, або квитанція банку про сплату послуг, або номерна квитанція (якщо лікувальний заклад зареєстрований як юридична особа або є фізичною-особою підприємцем) з нанесеним номером типографським способом та з вказуванням ідентифікаційного номеру (коду ЄДРПОУ);
 - 13.2.3. Довідка з медичного закладу, в якій повинні бути зазначені: персональні дані Застрахованої особи, дата звернення, діагноз, а також перераховані отримані послуги та їх вартість;та/або акт виконаних робіт (наданих послуг) з калькуляцією витрат по кожній позиції, діагнозом, датою, підписом і печаткою установи. При зверненні до стоматологічної установи в акті виконаних робіт (наданих послуг) або в довідці, окрім вище перерахованого, обов'язково повинен бути вказаний номер зуба.
 - 13.2.4. Копія ліцензії закладу, який надає медичну допомогу, видана Міністерством охорони здоров'я України на медичну практику, в якій вказаний вид діяльності. Ліцензія не надається при зверненні до державних та відомчих медичних закладів та аптек, а також до інших закладів, які надають послуги з медичного обслуговування, які не підлягають обов'язковому ліцензуванню.
 - 13.2.5. Якщо медична установа зареєстрована як юридична особа або є фізичною особою-підприємцем, необхідно надати завірену її підписом (печаткою) копію свідоцтва про державну реєстрацію (виписки з Єдиного Державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців), та свідоцтва платника єдиного податку на звітний період (якщо суб'єкт обрав спрощену систему оподаткування) або інші документи, які свідчать про обрану систему оподаткування.

- 13.2.6. Копія завірену підписом (печаткою) довідки про взяття на облік податковим органом (4-ОПП);
- 13.2.7. Копія паспорту: 2, 3 сторінки та сторінка з реєстрацією - для фізичних осіб, завірена її підписом.
- 13.2.8. Копія свідоцтва про народження – для неповнолітніх дітей.
- 13.2.9. Рішення суду (при усиновленні) або органу опіки чи піклування (при опікунстві) – для неповнолітніх дітей;
- 13.3. У випадку зміни списку документації згідно п.13.2. цих Правил, Страховик зобов'язується повідомляти про це Страхувальника.
- 13.4. При необхідності Страховик запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком: у правоохоронних органів, медичних установах та інших підприємств, установах і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку.
- 13.5. Наведені у п.13.2. Правил документи повинні бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання страхового випадку (чи з моменту першої можливості отримання документів, термін отримання яких визначений законодавством України чи обставинами іншого характеру).

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 14.1. Страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком медичному закладу або Асистансу вартості медичної допомоги, наданої медичним закладом Застрахованій особі за Договором страхування.
- 14.2. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг).
- 14.3. Передбачена Договором страхування страхова виплата здійснюється Страховиком незалежно від сум, належних Застрахованій особі по соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню і в порядку відшкодування шкоди.
- 14.4. Страхова виплата за бажанням одержувача може бути виплачена або готівкою в касі Страховика, або шляхом перерахування на банківський рахунок одержувача, чи переказом по пошті чи іншим способом за згодою сторін. Витрати по перерахуванню страхового виплати на банківський рахунок одержувача і переказом його по пошті несе Страховик.
- 14.5. Відшкодування витрат на придбання медикаментів для амбулаторного лікування, призначених лікуючим лікарем за показаннями, здійснюється Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання необхідних для відшкодування документів.
- 14.6. Оплата медикаментів за окремою нозологією (конкретної хвороби) здійснюється Страховиком тільки в кількості, необхідній для курсу лікування. Застосування двох і більше аналогічних препаратів відшкодуванню не підлягають (різні назви одного препарату, виробленого різними фармакологічними компаніями).
- 14.7. При амбулаторному лікуванні Страховик оплачує лікарські препарати терміном на 1 (один) календарний місяць за кожним діагнозом відповідно до Міжнародної Статистичної Класифікації хвороб МКХ-10.
- 14.8. При необхідності тривалого курсу медикаментозної терапії, лікарські засоби виписуються поетапно, на кожні 30 (тридцять) календарних днів лікування.
- 14.9. Якщо Застрахована особа звернулася в будь-який медичний заклад, що не знаходиться в договірних відносинах зі Страховиком та Асистансом або не включений в Програму страхування:
 - 14.9.1. Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі відповідних фінансових документів (відповідно до п. 13.2.Правил) наступним чином, якщо інше не вказано в Договорі страхування:

- 100% (сто відсотків) – якщо вартість наданих послуг не перевищує рівень цін у розрахунковому медичному закладі;
 - у випадку, коли вартість наданих послуг перевищує рівень цін у розрахунковому медичному закладі, Страховик компенсує лише ту частину витрат, яка не перевищує рівень цін розрахункового медичного закладу, включених до Програми страхування, за винятком випадків, коли Застрахована особа не мала можливості за фізичним станом звернутися до медичного закладу, включеного до Програми страхування, з письмовим обґрунтуванням причин такої неможливості і наданням підтверджуючих документів;
- 14.9.2. При розрахунку відшкодування, для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні/однакові (порівнювані) позиції преїскуранту розрахункового медичного закладу, зазначеного в Програмі страхування, та медичної структури, в яку звернулася Застрахована особа.
- У випадку наявності в калькуляції медичної установи, в яку звернулася Застрахована особа, позицій, що відсутні в преїскуранті розрахункового медичного закладу, Страховик, за такими позиціями, оплачує 50% (п'ятдесят відсотків).
- 14.10. Призначені лікарем, що лікує, за показаннями медикаменти оплачуються відповідно до умов Договору страхування.
- 14.11. При наявності в Програмі страхування франшизи, відшкодування здійснюється за виключенням відповідної її частки за тією опцією Програми страхування, за якою вона встановлена.
- 14.12. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.
- 14.13. Страхові виплати здійснюються в національній валюті України.

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

- 15.1. Страховик зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього зі всіх необхідних документів, зазначених в п.13.2. Правил та передбачених Договором страхування, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.
- 15.2. При прийнятті рішення про відмову (відстрочку) у виплаті особі, яка претендує на отримання страхової виплати, Страховик в письмовій формі і з посиланням на пункти Правил інформує про це відповідну особу протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання заяви про здійснення страхової виплати і всіх документів, вказаних в п.13.2. Правил, що підтверджують факт настання страхового випадку.
- 15.3. При прийнятті рішення про здійснення страхової виплати Страховик здійснює дану виплату протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту отримання заяви про здійснення страхової виплати і всіх документів, вказаних в п.13.2. Правил, що підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення щодо здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом. Днем здійснення страхової виплати вважається день перерахування грошових коштів з поточного рахунку Страховика або день здійснення виплати із каси Страховика.

16. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 16.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати (повністю або частково) у випадку:
- 16.1.1. захворювання та/або травми, що настали внаслідок навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих

на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

- 16.1.2. самогубства та замаху на самогубство Страхувальником/Застрахованою особою;
 - 16.1.3. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою – фізичною або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - 16.1.4. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт та/або обставини настання страхового випадку, в тому числі, але не виключно, у випадку підробки документації;
 - 16.1.5. обслуговування іншої особи за документами Застрахованої особи. У випадку передачі Страхувальником/Застрахованою особою страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) іншим особам для їх подальшого обслуговування, всі рахунки, що підлягають оплаті за надані медичні та інші послуги по цих зверненнях, повинні бути оплачені особисто Застрахованою особою або Страхувальником;
 - 16.1.6. надання медичних та інших послуг особі, не застрахованій за Договором страхування;
 - 16.1.7. обслуговування Застрахованої особи за не обраною та/або неоплаченою Програмою страхування;
 - 16.1.8. Страхувальник (Застрахована особа) не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює із Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;
 - 16.1.9. Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;
 - 16.1.10. Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я, або стосовно обсягу, або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;
 - 16.1.11. Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я, або стосовно обсягу, або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;
 - 16.1.12. у випадку невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) обов'язків, передбачених Правилами, Договором страхування та законом;
 - 16.1.13. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
 - недотримання Застрахованою особою порядку обслуговування, рекомендацій лікаря та графіку планових спостережень (патронаж) затверджених наказами МОЗ України;
 - створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - отримання послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;
 - отримання медичних послуг, які не передбачені Програмою страхування та/або отримання послуг у медичних закладах, не передбачених Програмою страхування та не узгоджених із Асистансом/Страховиком;
 - 16.1.14. в інших випадках, передбачених законом.
- 16.2. Страховик не відшкодовує витрати, що виникли після закінчення терміну дії або дострокового припинення Договору страхування, за винятком випадків, коли страхова подія, що потребує стаціонарного лікування, наступила ще в період дії Договору страхування. У цьому випадку Страховик відшкодовує витрати, що виникають як під час, так і після закінчення дії або дострокового припинення Договору страхування до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 17.1. Спори, пов'язані із страхуванням, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 18.1. Всі розрахунки між сторонами здійснюються відповідно до законодавства України.
- 18.2. Ці Правила регламентують основні умови страхування. Однак за згодою сторін, виходячи з конкретних умов страхування, до Договору страхування можуть бути внесені особливі умови страхування (підвищений клас надання медичної допомоги; обмеження при страхуванні на випадок настання деяких хвороб та ін.), що не суперечать цим Правилам та чинним нормативним актам.



Додаток №1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

**ТАРИФИ
З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

Конкретний страховий тариф встановлюється за згодою сторін в Договорі страхування відповідно до Додатку №1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі по тексту – “Додаток №1”).

Таблиця 1. Базові річні страхові тарифи з добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)

<i>№ n/n</i>	<i>Страхові програми</i>	<i>Річні страхові тарифи, % від страхової суми</i>
1	Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога» відповідно до п.4.3.1. Правил	1,0
2	Програма «Стаціонарна допомога» відповідно до п.4.3.2. Правил	8,0
3	Програма «Швидка та невідкладна допомога» відповідно до п.4.3.3. Правил	3,0
4	Програма «Стоматологічна допомога» відповідно до п.4.3.4. Правил	40,0
5	Програма «Медикаментозне лікування» відповідно до п.4.3.5. Правил	5,0
6	Програма «Вагітність та пологи» відповідно до п.4.3.6. правил	40,0
7	Програма «Реабілітаційно-оздоровча допомога» відповідно до п.4.3.7. Правил	20,0
8	Програма «Комплексна медична допомога» відповідно до п.4.3.8. Правил	3,0

Страховий тариф для конкретного Договору страхування в кожному конкретному випадку розраховується шляхом множення базового тарифу на поправочний коефіцієнт.

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

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вік Застрахованої особи	0,5 – 3
Вид діяльності, професія Застрахованої особи	0,8 – 2,5
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
Розмір та вид франшизи	0,5 – 1
Обсяг страхового захисту (перелік страхових випадків)	0,5 – 1,3
Розмір страхової суми	0,7 – 1,5
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5 - 1
Територія дії Договору страхування	0,6 - 2
Інші фактори, що впливають на ступінь ризику	0,3 – 3

При укладанні Договору страхування строком до 1 (одного) року розмір страхового тарифу розраховується, виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі розрахунку “pro rata temporis”, якщо інше не передбачено умовами Договору:

$$K_p = K_b \times \frac{n}{365},$$

де

K_p – розрахунковий тариф;

K_b – річний страховий тариф;

n – строк дії Договору страхування у днях;

365 – кількість днів у році.

Норматив витрат на ведення справи – до 40% від страхового платежу.

Конкретний розмір нормативу витрат на ведення справи зазначається у Договорі страхування.

Актуарій



Карташов Ю.М. (свідоцтво №03-007 від 06.12.2012 р.)

Зшифо, пронумеровано та скріплено печаткою

А.І. Давидов

Голова Правління

аркушів.

С.О. Авдеев



НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЯЄ
 ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ

ЗАРЕСТРОВАНО

В.О. Тарови Малісій
 Підписи членів посади

В. Терпін
 Підписи, ініціали працівників

Дата *28.11.2013* Регістраційний номер **0313496**