

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГРАВЕ УКРАЇНА»**

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
ПрАТ «СК «Граве Україна»**

**Копоть Г.В.
«24» липня 2012р.**



**ЗМІНИ №1
до
«ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)»
від 17.09.2009р.**

**Зміни №1 до
«Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)»
від 17.09.2009р.**

1. Розділ 3.

Викласти п.3.1. Розділу 3 в наступній редакції:

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.

1. ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

1.1. Страховик – Закрите акціонерне товариство „Страхова компанія “ТРАВЕ УКРАЇНА”, яка на умовах цих Правил проводить добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) .

1.2. Правила - Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (надалі по тексту — “Правила”) Закрите акціонерне товариство „Страхова компанія “ТРАВЕ УКРАЇНА” (надалі по тексту — “Страховик”) розроблені на підставі та у відповідності до Закону України “Про страхування” (надалі по тексту – Закон) та інших законодавчих актів України з метою регулювання порядку і умов укладання, виконання, зміни і припинення договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

1.3. Сервісна картка медичного обслуговування – картка, яка несе інформацію про загальні умови Договору страхування (дату початку, дату закінчення, телефони Ассистанської компанії тощо).

1.4. Амбулаторно-поліклінічна допомога може передбачати прийоми і консультації спеціалістів, загальні маніпуляції і процедури, профілактичні щеплення дітям вакцинами вітчизняного і імпортного виробництва (згідно календарю профілактичних щеплень, затвердженого МОЗ України); маніпуляції; терапевтичні, педіатричні, хірургічні, травматологічні, ортопедичні, проктологічні, урологічні, отоларингологічні, офтальмологічні, гінекологічні, алергологічні, гематологічні, пульмонологічні, дерматовенерологічні; дослідження: ендоскопічні, функціональна діагностика, загальноклінічні, біохімічні, мікробіологічні (бактеріоскопічні), імунологічні, лабораторні, гістологічні, цитологічні, біофізичні лабораторно-діагностичні, гормональні, рентгенологічні; ангиографія, комп'ютерна томографія, радіоізотопні, радіоіммунологічні, ультразвукові діагностичні дослідження, термографія, анестезіологічні маніпуляції, хірургічні втручання, фізіотерапія, лікувальна фізкультура, рефлексотерапія, мануальна терапія; допомога на дому, в т.ч.: виїзд лікарів-спеціалістів до дому, зняття електрокардіограми на дому, взяття матеріалу для лабораторних досліджень, лікувальні маніпуляції на дому; медикаментозну терапію, але не обмежується вище переліченими послугами.

1.5. Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія, в т.ч.: лікування запальовальних захворювань щелепно-лицьової області, лікування ускладнень щелепно-лицьової області, лікування захворювань слинних залоз; лікування захворювань нервів щелепно-лицьової області, видалення зубів, хірургічні методи лікування захворювань тканин пародонту, лікування доброякісних новоутворень щелепно-лицьової області; медикаментозну терапію, але не обмежується вище переліченими послугами.

1.6. Стационарна допомога може передбачати діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження, консультації спеціалістів, лікувальні маніпуляції і процедури, оперативні втручання, медикаментозну терапію, але не обмежується вище переліченими послугами.

1.7. Швидка та невідкладна медична допомога може передбачати виїзд бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги, проведення невідкладних діагностичних та лікувальних заходів, транспортування в стаціонар, медикаментозну терапію, але не обмежується вище переліченими послугами.

1.8. Реабілітаційно-відновлювальне лікування та лікувально-оздоровчі процедури може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, діагностичні маніпуляції та процедури, лабораторні та інструментальні дослідження, лікувальні маніпуляції та процедури, медикаментозну терапію, застосування природних факторів, лікувальну фізкультуру та рухальні режими, але не обмежується вище переліченими послугами.

1.9. Лікувально-профілактична установа (надалі по тексту – “ЛПУ”) – підприємство, установа або організація, завданням якої 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.

1.10. Базова лікувально-профілактична установа (надалі по тексту – “Базова ЛПУ”) - ЛПУ, що пов'язана зі Страховиком договірними відносинами на момент укладання Договору страхування,

прейскуранти якого, що діють на момент укладання Договору страхування, служать для перерахунку коштів самостійно витрачених Застрахованою особою при одержанні медичних послуг, передбачених Договором страхування, в іншому ЛПУ, з яким у Страховика не було договірних відносин на момент одержання послуги Застрахованою особою.

1.11. Асистианс – юридична особа, що надає необхідну організаційну допомогу для отримання послуг Страховальником/Застрахованою особою та Страховиком.

1.12. Програма добровільного медичного страхування (далі - Програма) – перелік медичних, медико-транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Страховальнику (Застрахованій особі) згідно з Договором страхування. Програма страхування формується у відповідності до Додатку до даних Правил.

1.13. Опція – складова Програми, яка характеризує конкретний вид медичної та ін. допомоги і має літерну ідентифікацію. Наприклад: «Амбулаторно-поліклінічна допомога» (Опція «А»); «Екстрена стаціонарна допомога» (Опція «Б»); «Планова стаціонарна допомога» (Опція «В»); «Екстрена хірургічна допомога» (Опція «Г»); «Швидка та невідкладна допомога» (Опція «Д»); «Екстрена стоматологічна допомога» (Опція «Е»); «Планова стоматологічна допомога» (Опція «Ж»); «Медикаментозне лікування при амбулаторно-поліклінічному лікуванні» (Опція «З»); «Медико-профілактичний супровід вагітності та пологів» (Опція «І»); «Реабілітаційно-відновлювальне лікування» (Опція «К»); для аналогічних по наповненню опцій, за якими на страхування приймаються діти, назви опцій мають такі ж самі літери, але маленькі (наприклад: «Опція а», «Опція б» тощо).

1.14. Медичний стан - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи, яка підтверджується первинною та/або вторинною медичною документацією

1.15. Медична допомога (послуга) - вид діяльності, який включає комплекс заходів і є складовою конкретної Опції. Медична допомога спрямована на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства; дія, спрямована на профілактику, діагностику, лікування захворювання або медичну реабілітацію пацієнта із залученням медичного персоналу ЛПУ, Страховика або Асистианса. Поняття медичної допомоги (послуги) включає в себе, зокрема:

1.15.1. огляд та консультацію лікаря або медичної сестри;

1.15.2. проведеної лабораторних та інструментальних методів дослідження;

1.15.3. виконання медичних процедур та маніпуляцій;

1.15.4. проведення оперативних втручань;

1.15.5. готельні послуги при перебуванні в ЛПУ (харчування, вартість утримання і ліжка, тощо);

1.15.6. використання медичного транспорту.

1.16. Найменування і поняття, що застосовуються в Правилах в ряді випадків спеціально пояснюються відповідними визначеннями. 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.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила визначають загальний порядок і умови укладання Договорів страхування.

2.2. На підставі Правил Страховик укладає з фізичними та юридичними особами (надалі по тексту — «Страховальник») Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі по тексту — «Договір страхування»). Страховальниками за Договором страхування можуть бути юридичні особи (підприємства, організації і установи незалежно від форми власності та підпорядкування), та дієздатні фізичні особи.

2.3. Страховальники мають право укладати із Страховиком Договори страхування про страхування третіх осіб (надалі по тексту — «Застрахована особа») лише за їх згодою, крім

випадків, передбачених законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2.4. 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.

2.5. Умови, що містяться в цих Правилах, можуть бути змінені (виключені або поповнені) за письмовою згодою Страхувальника та Страхувальника до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать Закону.

2.6. Страхуванням не підлягають особи, які на момент укладання Договору страхування є інвалідами будь-якої групи, визнані у встановленому порядку недієздатними, хворі на онкологічні хвороби, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи (ІІБ, ІІА та ІІБ стадії), а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, шкірно-венеричних, протитуберкульозних та інших спеціалізованих диспансерах, пенітрах з профілактики та боротьби з СНІД.

2.7. Іноземці, особи без громадянства та іноземні юридичні особи на території України користуються правом на страховий захист нарівні з громадянами і юридичними особами України.

2.8. Вікова категорія осіб, що можуть бути застрахованими, обмежується віком до 75, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

2.9. Страхувик не має права розголошувати одержані ним внаслідок своєї професійної діяльності відомості про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, про їх майновий стан, стан їх здоров'я. За порушення таємниці страхування Страховик в залежності від виду порушених прав та характеру порушення несе відповідальність в порядку, передбаченому законодавством України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, які не суперечать Закону, та пов'язані із життям, здоров'ям, працездатністю Страхувальника/Застрахованої особи.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

4.1. Страховим випадком є звернення Страхувальника/Застрахованої особи протягом дії Договору страхування в ЛПУ, передбачену Договором страхування, при погіршенні медичного стану і отримання при цьому платної медичної допомоги чи послуги в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування. При настанні страхового випадку що відбулася в період дії Договору страхування, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі, ЛПУ чи іншим третім особам.

4.2. Страховими ризиками є непередбачувані події, на випадок настання яких провадитимся страхування і які мають ознаки ймовірності і випадковості настання. В Договорі страхування можуть бути включені зі згоди Сторін наступні ризики, перелік яких формує Програму страхування - звернення Застрахованої особи за: амбулаторно-поліклінічною, екстреною та плановою стаціонарною, екстреною хірургічною, швидкою та невідкладною, екстреною та плановою стоматологічною допомогою, медикаментозним забезпеченням при амбулаторно - поліклінічному лікуванні, медико - профілактичним супровідом вагітності та пологів, реабілітаційно-відновлювальним лікуванням.

4.3. Згідно даним Правилам Програми страхування можуть містити наступні опції:

4.3.1.«Амбулаторно-поліклінічна допомога» (Опція «А»);

4.3.2.«Екстрена стаціонарна допомога» (Опція «Б»);

4.3.3.«Планова стаціонарна допомога» (Опція «В»);

4.3.4.«Екстрена хірургічна допомога» (Опція «Г»);

4.3.5.«Швидка та невідкладна допомога» (Опція «Д»);

- 4.3.6.«Екстрена стоматологічна допомога» (Опція «Е»);
- 4.3.7.«Планова стоматологічна допомога» (Опція «Ж»);
- 4.3.8.«Медикаментозне лікування при амбулаторно-поліклінічному лікуванні» (Опція «З»);
- 4.3.9.«Медико - профілактичний супровід вагітності та пологів» (Опція «В»);
- 4.3.10. «Реабілітаційно-відновлювальне лікування» (Опція «К»);
- 4.3.11. Для аналогічних по наповненню опцій, за якими на страхування приймаються діти, назви опцій мають такі ж самі літери, але маленькі (наприклад: «Опція а», «Опція б» тощо).

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

5.1. При настанні страхового випадку, пов'язаного з настанням подій, вказаних в п.4.3. цих Правил, Страховик виплачує страхову суму, встановлену для Застрахованої особи, або її частину для погашення витрат за рахунками за надані ЛПУ або іншою установою платні медичні та інші послуги конкретній Застрахованій особі.

5.2. Страховою сумою є грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

В межах страхової суми за Програмою страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за будь-яким зі страхових ризиків, вказаних в Договорі страхування, що іменуються надалі: «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на амбулаторно-поліклінічну допомогу», «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на стоматологічну допомогу», «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на стационарну допомогу», «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на швидку та невідкладну медичну допомогу», «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на реабілітаційно-відновлювальне лікування», «страхова сума за ризиком, пов'язаним з витратами на медикаментозне забезпечення»

5.3. 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 конкретно Застрахованою особою.

5.5. При несплаті Страховальником чергової частини страхової премії у встановлені Договором страхування строки, більше ніж на 2 (два) робочих дні, для Договору страхування припиняється з 00 години 00 хвилин четвертого робочого дня прострочення сплати цієї частини страхової премії, а Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування. Для Договору страхування відновлюється з 00 години 00 хвилин дня, наступного за днем сплати цієї частини страхової премії і при цьому строк дії Договору страхування не змінюється.

5.6. Страховою премією є плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

5.7. Розмір страхової премії визначається в Договорі страхування з урахуванням розміру страхових сум по кожному ризику, страхового тарифу, кількості Застрахованих осіб.

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

5.9. Розмір річної тарифної ставки визначається згідно з Додатком №1 до Правил з урахуванням віку, статі і стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи, страхового ризику, на випадок настання якого проводиться страхування, роду діяльності і умов праці Застрахованої особи.

5.10. Розмір тарифної ставки при укладенні Договорів страхування на строк до одного року та за додатково Застрахованих осіб визначається відповідно до Додатку №2 до цих Правил, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

5.11. За згодою Страховика та Страховальника може встановлюватися загальна франшиза за

Договором страхування та/або окрема франшиза за кожним страховим ризиком.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, події, зазначені в п. 4.3. Правил, не визнаються страховими випадками, якщо вони сталися у зв'язку з такими захворюваннями (їх ускладненнями) та подіями:

6.1.1. захворюванням, нещасним випадком чи іншим розладом здоров'я, які є наслідком вживання алкоголю, наркотиків, токсичних речовин чи медичних препаратів без призначення лікаря;

6.1.2. отриманням Застрахованою особою травми чи іншого розладу здоров'я при управлінні нею будь-яким транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння та/або без відповідних документів, а також при передачі нею управління особі, що знаходиться в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння та/або без відповідних документів;

6.1.3. навмисним спричиненням Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень;

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

6.1.5. військовими діями, громадськими заворушеннями, якщо доведено, що Застрахована особа приймала в них участь;

6.1.6. захворюванням, травмою та іншим пошкодженням організму, пов'язаним з ядерним вибухом, випромінюванням ядерної енергії, радіоактивним опроміненням, потраплянням радіоактивних ізотопів на шкіру, в шлунково-кишковий тракт, легені та інші органи та тканини, та/або їх наслідками;

6.1.7. отриманням медико-санітарної допомоги, яка не передбачена Програмою, або у випадку, коли медико-санітарна допомога була отримана в медичних закладах, не передбачених Договором, без попереднього узгодження з Страховиком чи Ассистансом, окрім випадків її надання по життєвим показникам;

6.1.8. діяннями (дією чи бездіяльністю, в тому числі свідомим затягуванням в часі звертання до Ассистансу за наданням медичної допомоги – більше 6 годин з моменту виявлення перших симптомів захворювання, отруєння чи травми) Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели при наявності у них хронічного захворювання до його загострення або до погіршення стану протікання вперше виявленого захворювання, внаслідок чого виникла загроза їх життю, що значно ускладнило процес лікування, призвело до збільшення строку лікування та викликало витрати на медично-санітарну допомогу;

6.1.9. самолікуванням чи лікуванням експериментальними методами;

6.1.10. профілактичним та лікувально-оздоровчим обслуговуванням;

6.1.11. проведенням обов'язкових диспансерних оглядів та обстежень, пов'язаних з ними;

6.1.12. забезпеченням медичними довідками для ДАІ, носіння зброї, відвідування басейну тощо;

6.1.13. участю Страхувальника або Застрахованої особи у спортивних заходах та змаганнях чи при підготовці до них з усіх видів спорту;

6.1.14. лікуваням та діагностикою, що пов'язані з вродженими, спадковими та генетичними захворюваннями, дефектами та аномаліями;

6.1.15. діагностикою, призначенням схем лікування та безпосереднім лікуванням класичних венеричних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням статевих органів, а також інфекцій, що передаються статевим шляхом, з переважним ураженням інших органів, відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (за винятком кандидиозних вульвовагінітів та баланопоститів, якщо вони не входять до складу змішаної

інфекції); СНІД (ВІЧ), у тому числі хворобами, які є мутацією чи варіацією СНІДу чи будь-якого іншого синдрому з відповідним найменуванням;

6.1.16. захворюваннями, які набрали характер епідемії чи пандемії, при введенні уповноваженими державними органами комплексу карантинних заходів;

6.1.17. особливо небезпечними інфекціями;

6.1.18. штучним перериванням вагітності, незалежно від її строку, та в разі виникнення спонтанного аборту, крім переривання вагітності за медичними показаннями;

6.1.19. вагітність та пологи, за винятком позаматкової вагітності та необхідності переривання вагітності за медичними показаннями;

6.1.20. ендометріоз, аденоміоз;

6.1.21. лікуванням імпотенції, сексуальних дисфункцій, чоловічого та жіночого безпліддя, контрацепції;

6.1.22. лікування з приводу необхідності змінити вагу або через ожиріння, модифікацією людського тіла з метою поліпшення психологічного, розумового або емоційного стану, в т.ч. хірургічною зміною статі;

6.1.23. комплексним лікування та діагностика захворювань та станів, що потребують замісної гормональної терапії, у т.ч. клімакс, синдром виснажених яєчників, тощо, за винятком гострих станів;

6.1.24. застосуванням препаратів-аналогів гонадотропін-рилізинг-гормону (золадекс, диферелін тощо);

6.1.25. придбанням протезів різного характеру та призначення, пристроїв, що замінюють або коригують функції уражених органів (в т.ч. протезування клапанів серця);

6.1.26. хірургічним втручанням в зв'язку з трансплантації і імплантації органів чи тканин, замороженням та пересадкою живих клітин, в тому числі при виконанні штучного запліднення, пересадкою кісткового мозку, придбанням органів для трансплантації, заходів з їх пошуку, доставки, оплатою послуг донорів;

6.1.27. косметичними та пластичними операціями, за виключенням випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії Договору страхування;

6.1.28. заміною та/або корегуванням функцій уражених органів за допомогою медичного обладнання, засобів медичного призначення (наприклад: стенти, набори для емболізації, деартеріалізації, остеосинтезу, штучні зв'язки, фіксатори, витратні матеріали, протези) та медичних пристроїв;

6.1.29. застосуванням екстракорпоральних методів лікування (плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмофільтрація та т.ін.);

6.1.30. операціями із застосуванням апарату штучного кровообігу (АШКО);

6.1.31. хронічною нирковою недостатністю, що вимагає проведення гемодіалізу (штучна нирка);

6.1.32. лікуванням онкологічних захворювань. Страховик бере на себе відшкодування вартості призначених Застрахованій особі лікуючим лікарем (визначеним Ассистансом), усіх необхідних, з медичної точки зору, обстежень до встановлення остаточного діагнозу за даною групою захворювань;

6.1.33. невиліковними гематологічними захворюваннями, пов'язаними з порушенням функції кровотворних органів;

6.1.34. медикаментозним лікуванням мікозів, оніхомікозів, псоріазу, atopічного дерматиту, екземи; видаленням бородавок та папілом, крім ускладнених випадків;

6.1.35. хронічними гепатитами, цирозами печінки та гострими формами інфекційних гепатитів (за винятком гепатиту А), в т.ч. медикаментозним супровідом у стаціонарі;

6.1.36. імунодифіцитними, алергічними (крім гострих станів), саркоїдозом, муковісцидозом, ідіопатичним фіброзуючим альвеолітом, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

дем'ялінізуючими захворюваннями; системними захворюваннями сполучної тканини, в т.ч. ревматизмом;

6.1.37. лікуванням короткозорості, далекозорості, астигматизму, катаракти, а також глаукоми, крім станів, що вимагають невідкладної допомоги;

6.1.38. застосуванням препаратів, що знижують рівень ліпідів в крові;

6.1.39. лікуванням та діагностикою ендокринних захворювань. Страховик бере на себе відповідальність вартості призначених Застрахованій особі лікуючим лікарем (визначеним Ассистансом), усіх необхідних, з медичної точки зору, обстежень до встановлення остаточного діагнозу за даною групою захворювань у т.ч. цукрового діабет та його ускладнень;

6.1.40. застосуванням препаратів хондропротекторної дії та біофосфонатів в комплексному лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань;

6.1.41. психічними, психосоматичним захворюваннями (в т.ч. вегето-судинною дистонією) та захворюваннями психогенної природи;

6.1.42. порушенням мови;

6.1.43. професійними захворюваннями, відповідно до висновку Інституту професійних захворювань України;

6.1.44. системними захворюваннями сполучної тканини, ревматизмом, а також дем'ялінізуючими захворюваннями;

6.1.45. відбілюванням зубів, нанесенням напильовання, інкрустацією, застосуванням дорогоцінних металів, зняттям зубних відкладень, герметизацією фісур; покриттям профілактичними засобами емалі, стоматологічного ремінералізуючою терапією, зубні пасти;

6.1.46. ортодонтією, імплантицією, протезуванням зубів (коронки, культевиді вкладки тощо);

6.1.47. пінтуванням зубного ряду;

6.1.48. заміною старих пломб з профілактичною, косметичною та іншою метою, яка не пов'язана з лікуванням;

6.1.49. лікування методими нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, голкорексфлексотерапії, біологічноактивні домішки;

6.1.50. мануальною терапією або лікувальним масажем;

6.1.51. витратами немедичного характеру;

6.1.52. послугами та/або придбанням товарів, які не є необхідними з медичної точки зору, для діагностики або лікування захворювань, повторними медичними обстеженнями Застрахованої особи та/чи придбаними за її власним бажанням товарів медичного призначення без відповідних на те медичних показань;

6.1.53. діагностикою та лікуванням поза межами території страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на будь-який строк, але не більше 1 (одного) календарного року.

7.2. Територія страхування – географічний район України, в межах якого здійснюється страховий захист.

7.3. Договір страхування вступає в силу з дати початку періоду страхування, вказаного в останньому, при цьому відповідальність Страховика починає діяти за умови виконання Страхувальником обов'язків з оплати страхової премії.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заповнення заяви не зобов'язує сторони до укладення Договору страхування. До

укладення Договору страхування Страховик має право вимагати від особи, на користь якої укладається Договір, заповнити декларацію про стан здоров'я або пройти медичне обстеження. На основі отриманих даних Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страховальника документи, необхідні для оцінки Страховиком страхового ризику.

8.2. Договір страхування – це письмова угода між Страховальником і Страховиком, за якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або її частину в рахунок погашення витрат за медичні послуги, які були надані у відповідності з Договором страхування, в межах страхової суми Застрахованій особі чи іншій особі, визначеній Страховальником, або на користь якої укладено Договір страхування, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхову премію (страхові платежі) у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим сертифікатом та/або сервісною карткою медичного обслуговування, яка надається Застрахованій особі.

8.3. При укладенні Договору страхування або при внесенні змін Страховик виправі вимагати у Страховальника пред'явлення наступних документів:

- документу, що засвідчує особу Застрахованої особи чи його представника;
- доручення або іншого документу, що засвідчує наявність та обсяг повноважень представника Страховальника.

- інших документів, що мають відношення до оцінки ступеня ризику.

8.4. Договір страхування може бути укладений стосовно окремого страхового ризику, чи групи страхових ризиків.

8.5. При укладенні Договору страхування Застрахована особа зобов'язана надати інформацію про інші чинні Договори страхування, що укладені щодо цього предмету Договору страхування.

8.6. Зміни та доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладення лише за взаємною згодою сторін, оформляються додатковими угодами і підписуються сторонами. Дані зміни та доповнення є невід'ємною частиною Договору страхування.

8.7. У випадку втрати Договору страхування (страхового сертифікату та/або сервісної картки медичного обслуговування) в період дії, Застрахована особа повинна у письмовій формі заявити про це Страховику для отримання дублікату. Страховик видає його Застрахованій особі. Після видачі дублікату втрачений Договір страхування (страховий сертифікат та/або сервісна картка медичного обслуговування) вважається недійсним.

8.8. При укладанні Договору страхування Застрахована особа звільняє лікарів медичних організацій від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком стосовно страхового випадку.

8.9. Страховик має право відмовитися від прийняття ризиків на страхування без пояснення причин відмови.

8.10. Страхова премія вноситься Страховальником у формі та у порядку, передбаченому Договором страхування.

8.11. 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).

8.12. Страховальник зобов'язаний сплатити встановлену в Договорі страхування страхову премію (при сплаті в розстрочку – кожену частину страхової премії) у встановлений в Договорі страхування строк.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховальник має право:

9.1.1. вимагати виконання Страховиком умов Договору страхування;

9.1.2. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування;

9.1.3. одержувати дублікат Поліса у випадку втрати оригіналу;

9.1.4. ініціювати внесення змін до Договору страхування, щодо розміру страхової суми, строку дії Договору страхування, ризиків на випадок настання яких укладено Договір страхування;

9.1.5. 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;

9.1.6. збільшити кількість Застрахованих осіб або припинити дію Договору страхування щодо певних Застрахованих осіб. Строк дії Договору страхування щодо додатково Застрахованих осіб не може перевищувати загального строку дії Договору страхування;

9.1.7. укласти Договір страхування на новий строк;

9.1.8. укласти Договір страхування на користь третіх осіб за їх згодою;

9.1.9. користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування, Правилами та законодавством України.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. 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;

9.2.2. вносити страхову премію (при сплаті в розстрочку – кожену частину страхової премії) в розмірах і в строки, передбачені Договором страхування;

9.2.3. 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 та інші відомості), і надати в триденний строк інформувати його про всі відомі Страхувальникові зміни, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику;

9.2.4. повідомити Страховику достовірну інформацію про Застраховану особу та Вигодонабувача, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.2.5. надати Страховику або представникові останнього вільний доступ до інформації, що пов'язана з страховим випадком або подією, яка має ознаки страхового випадку, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.2.6. повідомити Страховика не пізніше 3 (трьох) календарних днів про інші чинні договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) щодо предмету Договору страхування, з моменту їх укладення;

9.2.7. повідомити Страховика не пізніше 2 (двох) календарних днів з моменту, коли відбулася зміна будь-якої інформації щодо Страхувальника/Застрахованої особи, Вигодонабувача, як то: адреси, розрахункового рахунку, перерестрацію й т.д., якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.2.8. повідомити Страховика про настання страхового випадку або події, яка має ознаки Страхового випадку, у строк, передбачений розділом 10 цих Правил;

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

9.2.10. відповідно до Договору страхування надати Страховикові всі необхідні документи, передбачені Договором страхування, для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати;

9.2.11. відповідно до Договору страхування повернути безпідставно отримані страхові виплати, якщо з'ясується, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 Правил;

9.2.12. при втраті Поліса в триденний строк сповістити про це Страховику для одержання дубліката;

9.2.13. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, законодавством України.

9.3. Страховик має право:

9.3.1. перевіряти надану Страхувальником/Застрахованою особою інформацію, а також вимагати виконання ними умов Договору страхування;

9.3.2. вносити зміни до Договору страхування за згодою сторін, якщо в період його дії відбудеться зміна ризику або обсягу страхової відповідальності Страховика;

9.3.3. згідно розділу 15 цих Правил в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору страхування;

9.3.4. відмовити в укладанні Договору страхування на підставі результатів попереднього анкетування й медичного обстеження;

9.3.5. відстрочити страхову виплату:

- до надання Страхувальником (Застрахованою особою) всіх необхідних документів, передбачених п. 11.2 Правил;

- 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;

9.3.6. встановлювати розмір страхової премії відповідно до тарифів, зазначених у Правилах страхування, та андеррайтерських підвищувальних/понижувальних коефіцієнтів, що діють у відношенні до даної Застрахованої особи;

9.3.7. 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;

9.3.8. відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір у випадках, порядку та строки, передбачені Правилами та Договором страхування;

9.3.9. достроково припинити дію Договору страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини такого рішення у випадках, передбачених законодавством України, умовами Договору страхування та Правилами;

9.3.10. продовжити строк прийняття рішення про здійснення чи відмову у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Правилами та Договором страхування;

9.3.11. вимагати повернення Страхувальником отриманої страхової виплати, якщо після здійснення страхової виплати з'ясувалося, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 Правил;

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. ознайомити Страхувальника або Застраховану особу з умовами та Правилами страхування;

9.4.2. надати Страхувальникові Договір страхування або Поліс (при втраті останнього - дублікат);

9.4.3. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику/Застрахованій особі за Договором страхування;

9.4.4. 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;

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

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

9.4.7. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

9.4.8. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, Правилами та законодавством України.

- 9.5. Застрахована особа набуває за Договором страхування наступні права Страхувальника:
 - 9.5.1. вимагати отримання Страховиком умов Договору страхування;
 - 9.5.2. одержувати будь-які роз'яснення за Договором страхування;
 - 9.5.3. одержувати дублікат Поліса у випадку втрати оригіналу;
 - 9.5.4. отримати страхову виплату при настанні страхового випадку, передбаченого Договором страхування.
- 9.6. Застрахована особа за Договором страхування набуває наступних обов'язків Страхувальника:
 - 9.6.1. 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;
 - 9.6.2. при втраті Поліса в триденний строк сповістити про це Страховику для одержання дубліката;
 - 9.6.3. повернути безпідставно отримані страхові виплати, якщо з'ясується, що мали місце обставини, передбачені розділом 6 цих Правил;
 - 9.6.4. виконувати приписи лікаря, який лікує Застраховану особу, що одержані протягом надання медичної допомоги, виконувати розпорядок, встановлений ЛПУ;
 - 9.6.5. перед укладенням Договору страхування пройти попереднє медичне обстеження;
 - 9.6.6. виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування, законодавством України.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА / ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 10.1. При необхідності отримання медичної допомоги Застрахована особа має звертатися до диспетчерського пункту Ассистансу не менш як впродовж 6 годин з моменту виявлення перших симптомів захворювання, отруєння чи травми, за телефоном, вказаним в Договорі страхування. Застрахована особа повідомляє своє ім'я, прізвище, по батькові, номер свого Договору страхування (полісу, сертифікату) та причину звернення, після чого лікар Ассистансу надає необхідну інформацію щодо подальших дій Застрахованої особи.
- 10.2. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається у диспетчерський пункт Ассистансу відразу, як тільки це стане можливим.
- 10.3. Договором страхування може бути передбачений інший порядок звернення за медичною допомогою.
- 10.4. Застрахована особа може звернутися в будь-яку ЛПУ, що не знаходиться в договірних відносинах зі Страховиком та Ассистансом або не включений в Програму, за умови попереднього погодження з Аси стансом чи Страховиком.
- 10.5. Для отримання відшкодування витрат, пов'язаних з компенсацією коштів за отримані медичні послуги в ЛПУ, не включених до Програми, Застрахована особа повинна надати Страховику необхідні документи згідно п.11.2. Правил протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня одержання послуг, зазначених у Договорі страхування.
- 10.6. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, інша третя уповноважена особа), внаслідок поважних причин, не мала можливості надати необхідні для відшкодування документи протягом строку, вказаного в п.10.5. Правил, тоді до закінчення даного строку така особа повинна повідомити Страховика в письмовій формі про причини затримки.

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

- 11.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком на основі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи, іншої третьої уповноваженої особи) і документів, вказаних в п.11.2. Правил, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, розмір збитку.
- 11.2. Підтвердження настання страхового випадку, визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на основі наступних документів:
- 11.2.1 Заява про настання страхового випадку;
- 11.2.2. 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).
- 11.2.3. Довідка з медичного закладу, в якій повинні бути зазначені: дата звернення, діагноз, а також перераховані отримані послуги та їх вартість. 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 та поверхня зуба.
- 11.2.4. Копія ліцензії Міністерства 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.
- 11.2.5. Якщо медична установа зареєстрована як юридична особа або є фізичною особою-підприємцем, необхідно надати завірену її підписом (печаткою) копію свідоцтва про державну реєстрацію, та свідоцтва платника єдиного податку на звітний період (якщо суб'єкт обрав спрощену систему оподаткування).
- 11.2.6. Копія паспорта: 2, 3 сторінки та сторінка з реєстрацією - для фізичних осіб, завірена її підписом.
- 11.2.7. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру.
- 11.2.8. Копія свідоцтва про народження – для неповнолітніх дітей.
- 11.2.9. Рішення суду (при усиновленні) або органу опіки чи піклування (при опікуванні) – для неповнолітніх дітей.
- 11.2.10. інші документи, що можуть бути визначені Договором страхування та/або мають відношення до причин та наслідків страхового випадку.
- 11.3. У випадку зміни списку документів згідно п.11.2. цих Правил, Страховик зобов'язується повідомляти про це Страхувальника.
- 11.4. 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.
- 11.5. Наведені у п.11.2. Правил документи повинні бути надані Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту настання страхового випадку (чи з моменту першої можливості отримання документів, строк отримання яких визначений законодавством України чи обставинами іншого характеру).

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

12.1. Передбачена Договором страхування страхова виплата здійснюється Страховиком незалежно від сум, належних Застрахованій особі по соціальному страхуванню, соціальному забезпеченню і в порядку відшкодування шкоди.

12.2. За згодою сторін, страхова виплата здійснюється за бажанням одержувача і може бути виплачена або готівкою в касі Страховика, або шляхом перерахування на банківський рахунок одержувача, чи переказом по пошті чи іншим способом. Витрати по перерахуванню страхового виплати на банківський рахунок одержувача і переказом його по пошті несе Страховик, якщо інше не обумовлено в договорі.

12.3. Відшкодування витрат на придбання медикаментів для амбулаторного лікування, призначених лікуючим лікарем за показаннями, здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцять) робочих днів з дня отримання необхідних для відшкодування документів.

12.4. Оплата медикаментів за окремою нозологією (конкретної хвороби) здійснюється Страховиком тільки в кількості, необхідній для курсу лікування. Застосування двох і більше аналогічних препаратів відшкодування не підлягають (різні назви одного препарату, виробленого різними фармацевтичними компаніями).

12.5. При амбулаторному лікуванні Страховик оплачує лікарські препарати строком на 1 (один) календарний місяць за кожним діагнозом відповідно до Міжнародної Статистичної Класифікації хвороб МКХ-10.

12.6. При необхідності тривалого курсу медикаментозної терапії, лікарські засоби випишуються постанно, на кожні 30 (тридцять) календарних днів лікування.

12.7. Якщо Застрахована особа звернулася в будь-яку ЛПУ, що не знаходиться в договірних відносинах зі Страховиком та Ассистансом або не включена в Програму страхування:

12.7.1. Страховик відшкодовує понесені витрати на підставі відповідних фінансових документів (відповідно до п. 11.2.Правил) наступним чином, якщо інше не вказано в Договорі:

12.7.1.1. 100% (сто відсотків) – якщо вартість наданих послуг не перевищує рівень цін у Базовій ЛПУ;

12.7.1.2. у випадку, коли вартість наданих послуг перевищує рівень цін у Базовій ЛПУ, Страховик компенсує лише ту частину витрат, яка не перевищує рівень цін Базових ЛПУ, включених до Програми страхування, за винятком випадків, коли Застрахована особа не мала можливості за фізичним станом звернутися до ЛПУ, включених до Програми страхування, з письмовим обґрунтуванням причин такої неможливості, чи за погодження Страховика – усно обґрунтувавши;

12.7.2. При розрахунку відшкодування, для визначення частки перевищення, порівнюються тільки аналогічні/однакові (порівнювані) позиції прейскуранту базової ЛПУ, зазначеної в Програмі страхування, та медичної структури, в яку звернулася Застрахована особа.

12.8. Призначені лікарем, що лікує, за показаннями медикаменти оплачуються відповідно до умов Договору страхування.

12.9. При наявності в Програмі страхування франшизи, відшкодування здійснюється за виключенням відповідної її частки за тим ризиком, за яким вона встановлена.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1. Страховик зобов'язаний протягом 15 (п'ятнадцяти) днів з дня надання Страхувальником Страховику останнього зі всіх необхідних документів, зазначених в п.11.2. Правил та передбачених Договором страхування, прийняти рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

13.2. При прийнятті рішення про відмову (відстроючу) 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 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання заяви про

здійснення страхової виплати і всіх документів, вказаних в п. 11.2. Правил, що підтверджують факт настання страхового випадку.

13.3. 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. 11.2. Правил, що підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення щодо здійснення страхової виплати оформлюється страховим актом. Днем здійснення страхової виплати вважається день перерахування грошових коштів на поточний рахунок Страхувальника або день здійснення виплати із каси Страховика.

13.4. У випадках, коли надані документи суперечать один одному або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір збитку, особу, винну в настанні страхової події – строк прийняття рішення може бути подовжений до 45 (сорока п'яти) робочих днів, якщо інше не вказано в Договорі страхування.

14. ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

14.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати (повністю або частково) у випадку:

14.1.1. навмисних дій Страхувальника/Застрахованої особи, а також осіб, які діють за їх дорученням або представляють їх інтереси, 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 зазначених осіб встановлюється відповідно до законодавства України;

14.1.2. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою – фізичною або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. Страхувальник (Застрахована особа) повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування чи на момент зміни умов страхування;

14.1.4. Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив Страховика про зміну роду занять Застрахованої особи, якщо дана обставина слугувала прямою причиною настання страхового випадку;

14.1.5. Страхувальник (Застрахована особа) своєчасно, згідно п. 10.1. Правил, не повідомив про настання страхового випадку, без поважних на це причин;

14.1.6. обслуговування іншої особи за документами Застрахованої особи. У випадку передачі Страхувальником \ Застрахованою особою Полісу страхування 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;

14.1.7. надання медичних та інших послуг особі, не застрахованій за Договором страхування;

14.1.8. обслуговування Застрахованої особи за не обраною та неоплаченою Програмою;

14.1.9. Страхувальник (Застрахована особа) не надав документів згідно п. 11.2. Правил, необхідних для встановлення причин, характеру страхового випадку, та його зв'язку з наслідками, що настали, чи надав заздалегідь неправдиві докази;

14.1.10. в інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

14.2. Страховик не відшкодовує витрати, що виникли після закінчення строку 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.

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 договірних обов'язків у повному обсязі;
 - 15.1.3. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 15.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом.
 - 15.1.5. на вимогу Страховика у випадку неповної сплати Страхувальником страхової премії (при сплаті в розстрочку – чергової частини страхової премії) у встановлені Договором страхування строки шляхом відправлення Страхувальникові письмового повідомлення рекомендованим листом на останню відому адресу Страхувальника. При цьому Договір страхування (а також зобов'язання Страховика щодо здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку) вважається достроково припиненим:
 - а) З дати початку періоду страхування, зазначеної у Договорі страхування, у випадку, якщо перша частина страхової премії не була сплачена, або;
 - б) З дати, до якої повинна бути сплачена чергова частина страхової премії, зазначена у Договорі страхування, у випадку, якщо чергова частина страхової премії не була сплачена, або
 - в) Згідно умов та порядку, окремо передбаченими Договором страхування.
- У випадку припинення Договору страхування відповідно до п. 15.1.5. «б», перерахування та повернення страхової премії не передбачається.
- 15.1.6. на письмову вимогу Страховика у випадку порушення Страхувальником умов Договору;
 - 15.1.7. набрання сили судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
 - 15.1.8. за згодою сторін (про намір дострокового припинення Договору страхування сторони зобов'язані повідомити один одного письмово не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів до дати можливого припинення Договору страхування, якщо в Договорі страхування не передбачено інше);
 - 15.1.9. в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 15.2. У випадку дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, а також фактичних витрат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 15.3. У випадку дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, а також фактичних витрат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.
- 15.4. При достроковому припиненні Договору страхування повернення страхової премії здійснюється протягом десяти банківських днів після дати дострокового припинення Договору страхування, якщо інше не встановлено Договором страхування.
- 15.5. У випадку виникнення в Застрахованої особи в період дії Договору страхування хвороб або фізичних вад, перерахованих у розділі 6 цих Правил, Договір страхування припиняє свою дію по відношенню до такої Застрахованої особи від дня виникнення цих хвороб або недоліків в останнього. При цьому, Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення

справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, а також фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.6. При зміні умов Договору страхування, що зменшують обсяг відповідальності Страховика (припинення Договору страхування по відношенню до конкретної Застрахованої особи зменшення страхових сум), Страхувальникові повертаються:

15.6.1. у випадку припинення Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи, сплачена за останню страхову премія за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних страхових виплат, які були здійснені по Договору страхування;

15.6.2. у випадку зменшення ліміту відповідальності Страховика відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності, частина сплаченої за неї страхової премії за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, пропорційно зменшенню ліміту відповідальності.

15.7. При зміні умов Договору страхування, що збільшують обсяг відповідальності Страховика (включення в Договір страхування додаткової особи, збільшення страхових сум), Страховикові сплачується:

15.7.1. у випадку включення в Договір страхування додаткової особи, страхова премія за додатково Застрахованих осіб відповідно до «Таблиці розрахунку страхової премії та страхової суми для додатково Застрахованих осіб» (Додаток № 2), якщо інше не передбачено Договором страхування;

15.7.2. у випадку збільшення обсягу відповідальності Страховика по відношенню до конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності, страхова премія пропорційно періоду, що залишився до закінчення дії Договору страхування, пропорційно збільшенню ліміту відповідальності.

15.8. За письмовою згодою сторін Договору страхування при поверненні або сплаті страхових премій, зазначених у п. 15.7. Правил може бути зроблений взаємозалік.

15.9. У випадку припинення дії Договору страхування по відношенню до конкретної Застрахованої особи Договорі страхування щодо останньої припиняється з дати, яка вказана в заяві Страхувальника.

16.ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори, пов'язані з Договором страхування, вирішуються в порядку, передбаченому законодавством України.

17.ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Права та обов'язки Страховика та/або Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.

17.2. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Вигодонабувача, підстави для відмови, виключення з страхових випадків, що не зазначені в даних Правилах, але не суперечать Закону.

17.3. Протягом строку, передбаченого законодавством України, від дня сплати страхового відшкодування Страховик має право виставити вимогу щодо повернення сплаченого відшкодування, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені законодавством.

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)**

№ п/п	Страхові програми	Річні страхові тарифи, % від страхової суми
1.	Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога» («Опція А»)	12,2
2.	«Екстрена стаціонарна допомога» (Опція «Б»)	5
3.	«Планова стаціонарна допомога» (Опція «В»)	10
4.	«Екстрена хірургічна допомога» (Опція «Г»);	3
5.	«Швидка та невідкладна допомога» («Опція В»)	3,0
6.	«Екстрена стоматологічна допомога» (Опція «Е»)	15
7.	«Планова стоматологічна допомога» (Опція «Ж»)	30
8.	«Швидка та невідкладна допомога» (Опція «Д»)	5,0
9.	«Медикаментозне лікування при амбулаторно - поліклінічному лікуванні (Опція «З»)	14,0
10.	«Медико - профілактичний супровід вагітності та пологів» (Опція «І»)	40
11.	Програма «Реабілітаційно-відновлювальне лікування» («Опція Е»)	15

1. При укладені Договору страхування, в кожному конкретному випадку страхові тарифи можуть бути знижені або підвищені в залежності від наступних факторів:

- віку, статі, регіону проживання, статистичних даних про захворюваність, страхової суми та кількості Застрахованих осіб;
- вартості медичних послуг в закладах охорони здоров'я, визначених в Договорі страхування;
- умов праці Застрахованої особи;
- стану здоров'я Застрахованої особи;
- наявності шкідливих звичок та факторів, що підвищують ймовірність захворювання (паління, зловживання алкоголем, підвищена вага тіла, спадковість), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку;
- обсяг страхового покриття, страхові суми по ризиках;
- кількості років безперервного страхування і т.ін.).

2. Корегування страхового тарифу здійснюється на підставі аналізу факторів, зазначених в п.1 цього Додатку за допомогою знижувальних коефіцієнтів в діапазоні від 0,99 до 0,10 та підвищувальних коефіцієнтів в діапазоні від 1,01 до 10,00

3. Для осіб віком до 18 та понад 60 років при визначенні страхового тарифу застосовується коефіцієнт, який визначається в індивідуальному порядку з урахованням обмежень, наведених в п.4 цього Додатку.

4. У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 30% від страхової суми для практично

здорових людей та 80% при страхуванні осіб з наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях...

5. Договір страхування може передбачати період очікування (строк, протягом якого звертання Страхувальника чи Застрахованої особи до медичних закладів за отриманням медичної допомоги не вважається страховим випадком і страхові виплати Страховиком не здійснюються, на період до 30 днів з моменту підписання Договору).

6. При застосуванні періоду очікування розмір страхового платежу може бути зменшений з розрахунку 0,1% за кожний день періоду очікування.

7. Нормативні витрати на ведення справи складають 30% у структурі страхового тарифу.

8. При одночасному страхуванні колективу осіб, додатково можуть застосовуватись знижки до страхового тарифу в наступних розмірах:

Кількість осіб, що поданося на страхування, чол.	Розмір знижки, %	Кількість осіб, що поданося на страхування, чол.	Розмір знижки, %
10	2%	150	11%
20	3%	200	12%
30	4%	250	13%
50	5%	300	15%
100	10%	Більше 300	розглядається в індивідуальному порядку

Актуарій

_____/Поплавський О.О./

Диплом №14 від 17 вересня 1999 року

Додаток № 2
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

ТАБЛИЦЯ КОРОТКОСТРОКОВОСТІ

При укладанні Договору страхування на строк до одного року, а також для осіб, застрахованих додатково протягом строку дії основного Договору страхування до закінчення його строку, за згодою сторін розмір страхового платежу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу відповідно до Таблиці 1 Додатку №2 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

Таблиця 1. Таблиця короткостроковості

Кількість тижнів, на які Застрахована особа приймається на страхування	Розмір страхового тарифу, в % від річного	Кількість тижнів, на які Застрахована особа приймається на страхування	Розмір страхового тарифу, в % від річного
52	100	26	78,20
51	99,5	25	75,70
50	99	24	74,20
49	98,5	23	70,30
48	95,55	22	69,35
47	95,06	21	68,02
46	94,58	20	66,60
45	93,99	19	65,17
44	93,41	18	63,46
43	92,73	17	61,94
42	92,05	16	60,33
41	91,28	15	58,62
40	90,50	14	56,81
39	89,73	13	43,93
38	88,85	12	42,33
37	87,98	11	40,66
36	87,11	10	34,05
35	86,23	9	32,45
34	85,36	8	30,79
33	84,39	7	29,06
32	83,42	6	27,27
31	82,45	5	18,05
30	81,38	4	16,63
29	80,32	3	14,96
28	79,25	2	13,30
27	78,18	1	11,40

Актуарій

_____/Поплавський О.О./

Диплом № 14 від 17 вересня 1999 року