

| № п/п | Розділ | СТР. |
|-------------|--|------|
| | Огляд термінів | 3 |
| а.1 | Загальні положення | 5 |
| а.2 | Предмет Договору страхування | 5 |
| а.3 | Страхові ризики і страхові випадки | 5 |
| а.4 | Висновки з страхових випадків і обчислення страхових сум | 6 |
| а.5 | Місце дб Договору страхування | 8 |
| а.6 | Порядок укладання та строк дб Договору страхування | 8 |
| а.7 | Порядок зазначення розмірів страхових сум, Страхові тарифи, Страхові премої | 9 |
| а.8 | Права та обов'язки сторін | 10 |
| а.9 | Дія ПРАВИЛА добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) | 14 |
| а.10 | Перелік документів що наділяють права на страховий випадок у разі смерті застрахованого | 15 |
| а.11 | Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк призначення виплати про наблизення або відшкодування застрахованих випадків | 15 |
| а.12 | Церковні виплати у страховій компанії | 16 |
| а.13 | Порядок здійснення виплат за умови Дія договору страхування | 17 |
| а.14 | Умови припинення Договору страхування | 18 |
| а.15 | Порядок вирішення спорів | 19 |
| а.16 | Особливі умови | 19 |
| Додаток № 1 | Програми добровільного медичного страхування | 20 |
| Додаток № 2 | Страхові тарифи | 22 |

ЗАТВЕРДЖЕНО
ПРАВЛІННЯМ
СЗАТ "ГРАНДВІС"
ПРОТОКОЛ № 1/02
від 18 лютого 2010 року



Голова Правління
П.М. Максименко

ЗМІСТ

| №П/П | РОЗДІЛ | СТОР. |
|-------------|---|-------|
| | Основні терміни | 3 |
| п.1 | Загальні положення | 5 |
| п.2. | Предмет Договору страхування | 5 |
| п.3. | Страхові ризики і страхові випадки | 5 |
| п.4. | Виключення із страхових випадків і обмеження страхування | 6 |
| п.5. | Місце дії Договору страхування | 8 |
| п.6. | Порядок укладення та строк дії Договору страхування | 8 |
| п.7. | Порядок визначення розмірів страхових сум. Страхові тарифи. Страхова премія | 9 |
| п.8. | Права та обов'язки сторін | 10 |
| п.9. | Дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача у разі настання страхового випадку | 14 |
| п.10. | Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків | 15 |
| п.11. | Порядок і умови здійснення страхових виплат. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат | 15 |
| п.12. | Причини відмови у страховій виплаті | 16 |
| п.13. | Порядок внесення змін до умов Договору страхування | 17 |
| п.14. | Умови припинення Договору страхування | 18 |
| п.15. | Порядок вирішення спорів | 19 |
| п.16. | Особливі умови | 19 |
| Додаток № 1 | Програми добровільного медичного страхування | 20 |
| Додаток № 2 | Страхові тарифи | 22 |

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Асистуюча компанія – юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і проводить організацію і контроль щодо надання медичних та інших послуг Застрахованій особі в межах чинного законодавства.

Вигодонабувач - фізична (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Страхувальник має право замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Якщо Вигодонабувач не зазначений у Договорі страхування, страхову виплату у разі смерті Застрахованої особи отримують спадкоємці Застрахованої особи за законом, заповітом або спадковим договором.

Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'ям або загрожувати її життю.

Довірений лікар Страховика - особа, дипломована у встановленому чинним законодавством України порядку, яка перебуває в трудових відносинах з медичним закладом, в якому Застрахована особа може одержувати медичну допомогу відповідно до Договору страхування.

Договір добровільного медичного страхування (поліс) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, на підставі якої Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку оплатити медичні та інші послуги Застрахованій особі в рамках обраної нею Програми страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Екстрена госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю і потребує невідкладного стаціонарного лікування.

Загострення хронічної хвороби (рецидив) - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до відновлення працездатності (визначається лікарем).

Застрахована особа - фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування, та на користь якої Страхувальником укладений зі Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Лікар-координатор - представник Страховика, який організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі.

Ліміт відповідальності Страховика - граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою сторін може встановлюватись по окремому страховому ризику/випадку або за окремими Програмами медичного страхування.

Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими захворюваннями та загостреннями хронічних хвороб і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також надання медикаментів і медичних матеріалів, необхідних для лікування Застрахованих осіб.

Медичний заклад – заклад державної системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), який згідно з чинним законодавством України має відповідну ліцензію на здійснення медичної діяльності і надає медичні послуги Застрахованим особам на підставі Договору співпраці зі Страховиком або з Асистуючою компанією.

Планова госпіталізація - надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми,

отруєння, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

Програма добровільного медичного страхування – перелік лікувальних, консультаційних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг (у т.ч. медико-транспортних), що надаються Застрахованій особі згідно з Договором страхування, вартість яких відшкодовується Страховиком.

Розлад здоров'я – гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового медичного втручання (операції), травма, отруєння, що потребують надання медичної допомоги.

Страховик - СТРАХОВЕ ЗАКРИТЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "ГРАНДВІС", яке на умовах цих Правил укладає Договори страхування.

Страховальники - фізичні особи (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти та нерезиденти України, які укладають зі Страховиком Договори добровільного медичного страхування.

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

Страховий випадок – подія передбачена Договором страхування, яка мала місце під час дії Договору страхування, не підпадає під виключення або обмеження страхування, передбачені чинним законодавством та/або умовами Договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику (Застрахованій особі, Асистуючій компанії, Вигодонабувачу або іншій третій особі).

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

Страховий тариф – визначена Страховиком ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

Страхова виплата - грошова сума, в межах встановленої Договором страхування страхової суми, яку Страховик відповідно до умов Договору страхування повинен виплатити Страховальнику (Застрахованій особі, Асистуючій компанії, Вигодонабувачу або іншій третій особі) у разі настання страхового випадку.

Франшиза – передбачена Договором страхування частина збитків, яка в разі настання страхового випадку Страховиком не відшкодовується.

Хронічна хвороба – хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та/або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. Страховим ризиком за цими Правилами є гостре захворювання, загострення хронічної захворювання, отруєння, травматичне урадження та інші випадки невідкладної допомоги, що потребують надання медичної та інших послуг при амбулаторному лікуванні, при екстреному лікуванні, надання медичних та інших послуг у формі екстреної і екстрено-транспортної допомоги, надання медичних, реабілітаційних та інших послуг при амбулаторному лікуванні, надання медичного консультування, невідкладної медичної допомоги, екстреної та інших послуг, передбачених Договором страхування.

3.2. Страховим випадком вважається захворювання Застрахованої особи в період дії Договору страхування до Асистуючої компанії або медичного закладу, передбаченого Договором страхування, з причини настання захворювання, загострення хронічної хвороби, травми, надання медичної допомоги, надання медичних та інших послуг при амбулаторному лікуванні, надання медичних та інших послуг у формі екстреної і екстрено-транспортної допомоги, надання медичного консультування, невідкладної медичної допомоги, екстреної та інших послуг, передбачених Договором страхування або порядку надання у Договорі.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного медичного страхування (надалі Правила) визначають загальний порядок і умови укладання Договорів добровільного медичного страхування (надалі Договір страхування), пов'язаних зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи складені і застосовуються СЗАТ "ГРАНДВІС" (надалі – Страховик).

1.2. Умови, що містяться в даних Правилах страхування, можуть бути змінні, виключені або доповненні за згодою сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать закону та цим Правилам страхування.

1.3. Документи, що регламентують взаємовідносини Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача і Страховика:

- Закон України "Про страхування";
- ці Правила страхування;
- Договір страхування (страховий поліс);
- додаткові угоди до Договору страхування (адендуми).

Найменування та поняття, що застосовуються у цих Правилах, в ряді випадків спеціально пояснюються відповідними визначеннями. Якщо значення якого-небудь найменування або поняття не обумовлено цими Правилами і не може бути визначено законом, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному значенні.

1.4. Для забезпечення виконання своїх зобов'язань за Договорами добровільного медичного страхування Страховик може укладати договори з Асистуючою компанією, медичними закладами та іншими установами про надання Застрахованій особі лікувально-профілактичних, консультативно-діагностичних, медико-транспортних та інших послуг, передбачених Договорами добровільного медичного страхування.

1.5. За цими Правилами страхування укладаються Договори страхування з дієздатними фізичними особами, які є громадянами України, іноземними громадянами, особами без громадянства або юридичними особами будь-якої організаційно-правової форми, резидентами та нерезидентами України, які зареєстровані і діють відповідно до закону (надалі **Страхувальники**), згідно з якими Страховик гарантує організацію і фінансування медичних та інших послуг за переліком, передбаченим Договором страхування та/або відповідною Програмою добровільного медичного страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. **Страховим ризиком** за цими Правилами є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, отруєння, травматичне ушкодження чи інші наслідки нещасного випадку, що потребують надання медичних та інших послуг при амбулаторному лікуванні, при стаціонарному лікуванні, надання медичних та інших послуг у формі стаціонарної і амбулаторно-поліклінічної допомоги, надання медичних, реабілітаційних та інших послуг при санаторно-курортному лікуванні, надання стоматологічного обслуговування, невідкладної медичної допомоги, оздоровчих та інших послуг, передбачених Договором страхування.

3.2. **Страховим випадком** визнається звернення Застрахованої особи в період дії Договору страхування до Асистуючої компанії або медичного закладу, передбаченого Договором страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отруєння, отриманої травми, інших наслідків нещасних випадків, що призвели до розладу здоров'я Застрахованої особи, за отриманням медичної допомоги в межах переліку, передбаченого Програмою добровільного медичного страхування або переліку вказаному у Договорі страхування.

3.3. Страховим випадком є також звернення Застрахованої особи до медичного закладу, який не передбачений Договором страхування, з метою отримання екстреної або планової медичної допомоги за умови попереднього узгодження та/або організації такої медичної допомоги Страховиком або Асистуючою компанією.

3.4. Якщо Договором страхування передбачається надання медичних послуг за участі Асистуючої компанії, її реквізити вказуються у Договорі страхування.

3.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші страхові ризики і страхові випадки.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Застрахованими за цими Правилами не можуть бути:

4.1.1. Особи у віці до 1 року та особи, вік яких на день закінчення строку дії Договору страхування більше 70 років, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.1.2. Особи, що знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, шкіро – венерологічних диспансерах, є інвалідами І групи та непрацюючими інвалідами ІІ групи, та особи, визнані недієздатними у встановленому чинним законодавством України порядку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.1.3. ВІЛ-інфіковані.

4.1.4. Хворі на СНІД.

4.1.5. Онкологічно хворі, у тому числі з захворюваннями крові, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.1.6. Хворі на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи.

4.1.7. Госпіталізовані на дату початку дії Договору страхування.

4.2. Якщо в Договорі страхування не зазначено інше, Страховик не відшкодовує витрати на лікування таких захворювань:

4.2.1. Дерматологічні захворювання.

4.2.2. Психічні захворювання.

4.2.3. Гематологічні захворювання, крім гострої післягеморагічної анемії.

4.2.4. Ендокринні захворювання.

4.2.5. Онкологічні захворювання.

4.2.6. Туберкульоз, незалежно від локалізації.

4.2.7. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом.

4.2.8. Захворювання на СНІД та його наслідки.

4.2.9. ВІЛ-інфекції.

4.2.10. Вроджені вади та дефекти.

4.2.11. Спадкові захворювання.

4.2.12. Професійні захворювання.

4.2.13. Промислові ураження.

4.2.14. Системні захворювання сполучної тканини та їх загострення – колагенози, ревматизм, хвороба Бехтерева, артропатії, саркоїдоз, муковісцероз та інші.

4.2.15. Захворювання в стадії декомпенсації – ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними.

4.2.16. Повільно прогресуючі захворювання нервової системи - розсіяний склероз, мієлопатія, міастенія, менінгоенцефаліт, арахноїдїт, дисциркуляторна енцефалопатія.

4.2.17. Грибкові захворювання.

4.2.18. Вірусні гепатити, за винятком гострої форми вірусного гепатиту А.

4.2.19. Особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера, тиф, лепра, сибірка, жовта лихоманка та інші).

4.2.20. Захворювання, що виникли у зв'язку з навмисним заподіянням самою собі Застрахованою особою тілесних ушкоджень, замахом на самогубство або напесенням тілесних ушкоджень Страховальником Застрахованої особи.

4.2.21. Хронічні хвороби, крім випадків їх загострення.

4.3. Страховик не відшкодовує витрат, пов'язаних з одержанням Застрахованою особою таких медичних послуг:

4.3.1. Оперативне лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин, порушень зору.

4.3.2. Лікування захворювань, що потребують проведення аорто-коронарного шунтування та стентування.

4.3.3. Лікування хронічної ниркової недостатності, що включає проведення гемодіалізу.

4.3.4. Лікування алергологічних захворювань методами гемосорбції та плазмафорезу.

4.3.5. Лікування порушень мови.

4.3.6. Лікарське обстеження, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи медкомісії водіїв, допризовників та призовників, для отримання дозволу на придбання зброї тощо.

4.3.7. Лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі.

4.3.8. Лікування процедурами та препаратами, що запобігають заплідненню.

4.3.9. Корекція ваги та хірургічне лікування ожиріння.

4.3.10. Косметичні та пластичні операції (крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією внаслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування), операції за бажанням (не за медичними показниками).

4.3.11. Лікування нетрадиційними методами (гомсопатія, герудотерапія, аромотерапія, гіпноз, іридодіагностика, психоаналіз, біосенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками та інше).

4.3.12. Експериментальне або науково-дослідне лікування.

4.3.13. Профілактичне лікування.

4.3.14. Проведення штучного переривання вагітності (не за медичними показниками).

4.3.15. Лікування та діагностика, необхідність яких пов'язана з вагітністю та пологами та їх ускладненнями (окрім спеціальних програм добровільного медичного страхування).

4.3.16. Придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів.

4.3.17. Придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, інвалідних візочків.

4.3.18. Перебування в стаціонарі для отримання піклувального догляду.

4.4. Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік захворювань, у зв'язку з якими звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням медичної допомоги не буде вважатись страховим випадком.

4.5. Страховик не відшкодовує витрати на:

4.5.1. Діагностичні та лікувальні заходи, які не були узгоджені зі Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги) та заходи, не передбачені обраною Програмою Добровільного медичного страхування.

4.5.2. Лікування захворювань та травм, які настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин.

4.5.3. Лікування при порушенні Застрахованою особою режиму лікувального закладу та невиконанні призначень і рекомендацій лікаря.

4.5.4. Застосування медичних послуг та придбання ліків, не призначених лікарем.

4.6. Страховик не оплачує лікування захворювань та травм, що безпосередньо пов'язані з воєнними діями, вторгненнями, ворожими діями інших держав (з оголошенням війни або без), терористичними актами, громадянською війною, бунтом, повстанням, революцією, встановленням військової влади, введенням військового стану, народними заворушеннями, несанкціонованими зборами, блокадами.

4.7. Страховик не відшкодовує витрат щодо надання медичних послуг у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладання Договору страхування, що є наслідком самолікування (тобто вживання ліків без призначення лікаря), а також витрат з

приводу будь-яких операцій чи лікування, не завершених до початку дії Договору страхування.

У випадку первинного виявлення хвороб, лікування яких не покривається цими Правилами (обраною Програмою страхування та Договором страхування), Страховик сплачує вартість тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

4.8. Окремі виключення із числа перелічених у п.п. 4.1. - 4.4. цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених Договором страхування.

4.9. У Договірі страхування можуть бути внесені додаткові обмеження за результатами попереднього обстеження або анкетування Застрахованої особи.

5. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Місце страхування – зазначені в Договорі страхування країни, місця або території.

5.2. Страхові події, що виникли поза місцем страхування, не визнаються страховим випадком.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ТА СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заява повинна містити усі необхідні відомості про предмет Договору страхування, що заявляється на страхування і бути підписана Страхувальником.

6.2. У заяві фізичної особи, зокрема, має вказуватись: П.І.Б. особи, на яку поширюється страховий захист, дата народження, домашня адреса та телефон, обрана із запропонованих Страховиком Програма добровільного медичного страхування, страхова сума, строк дії Договору страхування.

6.3. У заяві юридичних осіб має зазначатись: найменування Страхувальника, юридична адреса та банківські реквізити. До заяви додається список осіб, на яких буде поширюватися страховий захист, із зазначенням таких даних: прізвища, ім'я та по батькові, дати народження, домашньої адреси та телефону, відношення до Страхувальника (працівник, член родини працівника), обраної Програми добровільного медичного страхування, страхової суми та строків дії Договору страхування для кожної Застрахованої особи, завірені підписом керівника та печаткою Страхувальника. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

6.4. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти Договір страхування. Однак, якщо Договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмета Договору страхування, які були наведені в заяві на страхування, формують основні дані укладеного Договору. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

6.5. Страховик має право провести медичний огляд особи за її рахунок перед укладанням з нею Договору страхування з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику або вимагати надання інформації про стан її здоров'я, за формою, визначеною Страховиком.

6.6. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування:

6.6.1. Якщо фізична особа страхується індивідуально, то їй видається один примірник Договору страхування (страхового поліса).

6.6.2. Якщо Страхувальником є юридична особа, то йому видається один примірник Договору страхування, а кожній Застрахованій особі (згідно зі списком) – витяг з Договору страхування (умови страхування) або страховий поліс чи сертифікат на вимогу Застрахованої особи.

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

6.8. У разі сплати страхової премії готівкою в касу Страховика, Договір страхування набуває чинності з 00 годин дня, наступного за днем її сплати, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.9. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі, Договір страхування набуває чинності з 00 годин дня наступного за днем її надходження на розрахунковий рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.10. Договір страхування припиняє свою дію о 24 годині дня вказаного в Договорі страхування як останній день його чинності.

6.11. Якщо Застрахованою особою є неповнолітня фізична особа, то Страхувальником та Вигодонабувачем за Договором страхування повинна бути юридична або повнолітня та дієздатна фізична особа.

6.12. Підписанням Договору страхування, Страхувальник надає Страховику право реалізувати умови п. 8.6.7. цих Правил.

6.13. Договір страхування укладається на один рік або інший строк, узгоджений Сторонами. Дати початку та закінчення дії Договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

6.14. Фактом укладання Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) звільняє лікарів медичних установ від зобов'язання конфіденційності перед Страховиком у відношенні до страхового випадку.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ

7.1. Розмір страхової суми визначається за узгодженням Сторін залежно від обраної Програми страхування і вартості окремих медичних та інших послуг, передбачених цією Програмою страхування, на момент укладання Договору страхування в регіоні страхування.

7.2. Погоджений Сторонами розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.

7.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремими Програмами страхування, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором страхування медичної допомоги.

7.4. Розмір страхової суми (ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування) може бути змінено за узгодженням Сторін до настання страхового випадку.

7.5. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (мотивованого звернення за медичною допомогою, факту захворювання або втрати працездатності в результаті нещасного випадку) з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих у рамках обраної Програми страхування на момент укладання Договору страхування, кількості Застрахованих осіб, переліку страхових випадків і т. ін.

7.6. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів страхування на підставі цих Правил страхування, наведені у (Додатку № 2) до цих Правил страхування.

7.7. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж як плату за страхування.

7.8. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі страхування згідно з умовами п. 7.1. цих Правил страхування.

7.9. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

7.10. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законом.

7.11. Зазначений в Договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового

платежу встановлюються Договором страхування.

7.12. У разі сплати страхового платежу (або його частини) в строки, зазначені в Договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за Договором страхування пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого страхового платежу (його частини) за Договором страхування, та відповідно у разі настання страхового випадку буде зменшуватись розмір страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору страхування.

8.2. Страхувальник має право:

8.2.1. Укладати зі Страховиком Договір свого особистого страхування та/або Договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

8.2.2. Призначати в Договорі страхування фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2.3. На зміну умов Договору страхування та на дострокове припинення дії Договору страхування на умовах, передбачених Договором страхування та законом.

8.2.4. У випадку втрати Договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

8.2.5. Отримати медичні послуги при настанні страхового випадку на умовах Договору страхування.

8.2.6. Вимагати надання Застрахованим особам медичних послуг, передбачених Договором страхування, на відповідному якісному (професійному) рівні.

8.2.7. Контролювати обсяг та якість медичної допомоги, що надається Застрахованим особам медичними закладами згідно з умовами Договору страхування.

8.2.8. Повідомляти Страховика про випадки ненадання медичних послуг, неповного їх надання та випадки некоректної поведінки медичних працівників.

8.2.9. Включати до списку Застрахованих осіб працівників (штатних і позаштатних) своєї установи (організації, підприємства), а також членів їх сімей.

8.2.10. Вносити зміни до списку Застрахованих осіб, уклавши додаткову угоду до діючого Договору.

8.2.11. Оскаржити у судовому порядку відмову Страховика у здійсненні страхової виплати та/або її розмір.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

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

8.3.2. Повідомляти Страховика про всі чинні Договори страхування щодо цього предмета Договору страхування, які укладені раніше, а також, якщо це передбачено Договором страхування, й про ті, що укладаються.

8.3.3. За вимогою Страховика надати йому повноваження для захисту прав Страхувальника або Застрахованої особи у будь-яких органах.

8.3.4. Вчасно сплачувати страхові платежі в розмірі і порядку, що обумовлені Договором страхування. При настанні страхового випадку та сплаті страхових платежів частинами, якщо це передбачено умовами Договору страхування, сплатити залишок страхового платежу.

8.3.5. Повідомити Страховика про настання страхової події протягом 5 (п'яти) календарних днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, з моменту, коли в нього з'явилась можливість це зробити, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

8.3.6. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні Договору страхування.

8.3.7. Ознайомити Застраховану особу та Вигодонабувача з умовами Договору страхування та цими Правилами страхування, а також отримати їх згоду на укладання Договору страхування.

8.3.8. Надати право Страховику звертатися із запитами до будь-яких державних та інших органів з метою одержання будь-якої інформації про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, будь – яку іншу особу, яка може отримати страхову виплату, в тому числі за отриманням інформації з обмеженим доступом, конфіденційну та таємну інформацію про що він обов'язково повинен попередити Застраховану особу, Вигодонабувача, будь – яку іншу особу, які можуть отримати страхову виплату.

8.3.9. Вживати усіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком, з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком, а також, якщо це передбачено умовами Договору страхування, для запобігання збільшення ступеня ризику.

8.3.10. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування.

8.3.11. Надати Страховику, за його вимогою, інформацію та документи у відповідності до діючого законодавства України з питань запобігання легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом та фінансування тероризму і Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом", та розроблених внутрішніх нормативних документів Страховика, щодо фінансового моніторингу на Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, будь – яких інших осіб, які можуть отримати страхову виплату.

8.3.12. Якщо умовами Договору страхування передбачено, то Страхувальник зобов'язаний :

8.3.12.1. Поінформувати Застраховану особу про умови Договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

8.3.12.2. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до Розділу 9 цих Правил.

8.3.12.3. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

8.3.12.4. Повернути страхову виплату, що вже отримана Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, будь – якою іншою особою при виникненні відповідних обставин, передбачених законом, цими Правилами страхування та/або Договором страхування, що позбавляють Страхувальника, застраховану особу, Вигодонабувача, будь – якої іншої особи права на отримання страхової виплати, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або Договором страхування.

8.4. Застрахована особа має право:

8.4.1. Здійснювати права Страхувальника, перелічені в пункті 8.2 цих Правил.

8.4.2. Обрати будь-який медичний заклад із числа вказаних у Договорі страхування/ визначених Асистуючою компанією та лікуючого лікаря із числа залучених для здійснення Програми медичного страхування і змінювати їх не частіше одного разу на квартал, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.4.3. Частина вартості отриманих медичних послуг сплачувати самостійно на умовах, передбачених Договором страхування.

8.4.4. Вимагати від Страховика роз'яснень щодо порядку оплати медичних послуг та інших питань в межах Договору страхування.

8.4.5. Виконувати обов'язки Страхувальника, а також набути усі його права у разі смерті Страхувальника-фізичної особи, ліквідації Страхувальника - юридичної особи в порядку, передбаченому законом, а також за згодою Страхувальника та Страховика.

8.5. Застрахована особа зобов'язана:

8.5.1. Виконувати обов'язки Страхувальника, перелічені в пункті 8.3 цих Правил

страхування.

8.5.2. Свідомо не створювати ризики втрати чи нанесення шкоди своєму здоров'ю.

8.5.3. Виконувати приписи лікуючого лікаря, що одержані протягом надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування, та дотримуватись розпорядку, встановленому медичним закладом.

8.5.4. Забезпечити збереження Договору страхування і не передавати його іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

8.5.5. На вимогу Страховика надати йому відповідну інформацію про стан свого здоров'я перед укладанням Договору страхування, а при необхідності, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження та надати Страховику його результати.

8.5.6. негайно повідомити Страховика у разі відмови в наданні медичної допомоги медичним закладом, обумовленим Договором страхування, та про випадки некоректної поведінки медичних працівників.

8.5.7. У разі втрати Договору страхування негайно сповістити про це Страховика.

8.6. Страховик має право:

8.6.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника в частині, що стосується Договору страхування у будь-який момент строку його дії.

8.6.2. Вимагати надання Страхувальником, Застрахованою особою інформації про стан здоров'я та проведення медичного огляду Застрахованої особи перед укладанням Договору страхування та/або протягом його дії.

8.6.3. Отримати від Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, будь-якої іншої особи, яка може отримати страхове відшкодування, інформацію та документи у відповідності до чинного законодавства України з питань запобігання легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом та фінансування тероризму і Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом" та розроблених внутрішніх нормативних документів Страховика щодо фінансового моніторингу.

8.6.4. У разі потреби, вимагати довідки медичного закладу про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння Застрахованої особи.

8.6.5. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем документів, термін складання страхового акту продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей термін не може перевищувати 90 (дев'яноста) календарних днів.

8.6.6. Зменшити страхову виплату в розмірі обумовленому Договором страхування, якщо Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач не виконали умови Договору страхування.

8.6.7. Звертатися із запитом до будь-яких державних та інших органів з метою одержання будь-якої інформації про Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, будь-яку іншу особу, яка може отримати страхову виплату, в тому числі за отриманням інформації з обмеженим доступом, конфіденційну та таємну інформацію.

8.6.8. Відмовити у прийнятті на страхування особи на підставі даних анкети про стан здоров'я, проведеного обстеження або на підставі відмови такої особи проходити медичне обстеження.

8.6.9. Під час укладання Договору страхування застосовувати додаткові обмеження відповідальності у вигляді франшизи та/або ліміту відповідальності.

8.6.10. На зміну умов Договору страхування та на дострокове припинення дії Договору страхування на умовах, передбачених Договором страхування та законом.

8.6.11. У випадку підвищення ступеня ризику щодо предмета Договору страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни до Договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити дію Договору страхування після відмови Страхувальника у сплаті додаткового страхового платежу на умовах, передбачених

Договором страхування.

8.6.12. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхової виплати.

8.6.13. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт та причини настання страхового випадку.

8.6.14. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити її виплату у випадках, передбачених умовами Договору страхування та законом.

8.6.15. Вимагати повернення страхової виплати, що вже здійснена Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачу, іншій особі при виникненні відповідних обставин, передбачених законом, умовами цих Правил та/або Договором страхування.

8.6.16. Вимагати визнання Договору страхування недійсним, якщо це передбачено умовами Договору страхування повністю або частково відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник не виконав своїх обов'язків за Договором страхування, надав фальсифіковані документи, недостовірну інформацію та приховав відомості або заподіяв навмисні дії з метою збільшення розміру збитку, або необґрунтованого збільшення розміру страхової виплати.

8.6.17. При встановленні факту передачі Страхувальником та/або Застрахованою особою Договору страхування іншій особі з метою одержання нею медичних послуг - достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до цієї Застрахованої особи, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

8.7. Страховик зобов'язаний:

8.7.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами страхування та Програмами страхування.

8.7.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Застрахованій особі, Страхувальнику, Вигодонабувачу або медичному закладу.

8.7.3. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти зі Страхувальником Договір страхування.

8.7.4. При одержанні повідомлення від Страхувальника про збільшення ступеня ризику або зміну інших суттєвих обставин щодо предмета Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів внести зміни до Договору страхування або припинити його дію, письмово сповістивши про це Страхувальника, у порядку, передбаченому цими Правилами, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

8.7.5. Протягом 20 (двадцяти) календарних днів з дня отримання всіх документів і відомостей про обставини настання страхового випадку Страховик складає страховий акт про страхову виплату або протягом цього ж строку приймає рішення про відмову у страховій виплаті. Про відмову у страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачу у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 20 (двадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.7.6. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачу та/або Асистуючій компанії, медичному закладу протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня складання Страховиком страхового акту, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.7.7. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено Договором страхування.

8.7.8. Не розголошувати дані про стан здоров'я Застрахованих осіб, що стали йому відомі у зв'язку з укладанням Договору страхування крім випадків передбачених законом.

8.7.9. Організувати надання медичних послуг Застрахованим особам згідно з програмою Страхувальником Програмою добровільного медичного страхування.

8.7.10. Контролювати обсяг та своєчасність надання медичних послуг відповідно до умов Договору страхування.

8.7.11. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за неспосчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.

8.7.12. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

8.7.13. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, якщо він підписав Договір страхування) та/або Страховика.

9. ДІ СТРАХУВАЛЬНИКА, ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, ВИГОДОДАБУВАЧА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа, Страхувальник, Вигодонабувач для одержання медичних та інших послуг зобов'язана:

9.1.1. негайно звернутися до уповноваженої Асистуючої компанії, визначеної у Договорі страхування, або уповноваженої особи медичного закладу, або до Страховика, якщо інше не передбаченого Договором страхування.

9.1.2. Виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків.

9.1.3. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) календарних днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, з моменту, коли в нього з'явилась можливість це зробити, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

9.1.4. Надати Страховику або його представникам можливість проводити розслідування обставин та причин страхового випадку та встановити розмір страхової виплати, брати участь у заходах щодо зменшення збитку.

9.1.5. Повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір.

9.1.6. Повідомити Страховика протягом 48 годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності або розлад здоров'я Застрахованої особи.

9.1.7. За вимогою Страховика надати йому права на одержання записів, документації та іншої інформації, пов'язаної із страховим випадком.

9.1.8. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причини настання страхового випадку.

9.2. У разі необхідності отримання медичної допомоги в медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика/ Асистуючу компанію протягом строку, визначеному у Договорі страхування, і узгодити обсяг та вартість необхідної медичної допомоги до моменту її отримання.

9.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника при настанні страхового випадку, інший порядок звернення за медичною допомогою.

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

10.1. Підтвердження настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:

10.1.1. Письмового повідомлення про настання страхового випадку.

10.1.2. Договору страхування (поліс).

10.1.2. Заяви на страхову виплату.

10.1.3. Документу медичного закладу, в якому встановлено характер розладу здоров'я Застрахованої особи.

10.1.4. Виписки з історії хвороби та/або епікриз, що підтверджує встановлення діагнозу та строки лікування, завірених печаткою лікаря та печаткою медичного закладу та документи, на підставі яких було встановлено діагноз (знімки, плівки та інше).

10.1.5. Копія паспорту та ідентифікаційного номеру Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, іншої особи, яка може отримати страхову виплату.

10.1.6. Документи, що свідчать про оплату Застрахованою особою (Страхувальником) медичних та інших послуг, передбачених обраною Програмою добровільного медичного страхування. У разі придбання медикаментів – рецепт або виписка з рекомендацією лікаря, касовий або товарний чек з аптеки на придбання ліків.

10.1.7. Акт (рішення) Медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення інвалідності Застрахованій особі.

10.1.8. Інші документи, в разі необхідності, які обумовлені в Договорі страхування, або за вимогою Страховика.

10.1.9. Документи оформлені з порушенням дійсних норм (відсутність печатки, дати, наявність виправлень та інше), документи, які містять недостовірну інформацію щодо терміну, причин, обставин страхового випадку та розміру збитку не є документами, які підтверджують настання страхового випадку.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страхова виплата здійснюється у разі настання страхового випадку на підставі документів передбачених розділом 10 цих Правил страхування і страхового акта, складеного Страховиком, шляхом оплати вартості медичних послуг, передбачених Договором страхування та Програмою страхування.

11.2. Протягом 20 (двадцяти) календарних днів з дня отримання всіх документів і відомостей про обставини настання страхового випадку Страховик складає страховий акт про страхову виплату або протягом цього ж строку приймає рішення про відмову у страховій виплаті. Про відмову у страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальнику, Застрахованій особі, Вигодонабувачу у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 20 (двадцяти) календарних днів з дня прийняття рішення, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.3. Отримувачем страхової виплати можуть бути медичний заклад, аптека, інша установа або заклад, передбачені Договором страхування, Асистуюча компанія або Застрахована особа (Страхувальник).

11.4. Страхова виплата медичному закладу, аптеці, іншій установі або закладу, Асистуючій компанії здійснюється у порядку і на умовах, передбачених Договором страхування, укладеним між Страховиком та медичним закладом, аптекою, іншою установою або закладом, Асистуючою компанією.

11.5. Оплата вартості медичних послуг, передбачених Договором страхування та Програмою страхування, здійснюється на підставі рахунку медичного закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих медичних послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі медичні послуги, надані Застрахованій особі (Застрахованим особам – кожній окремо), строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою

медичного закладу та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).

11.6. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем документів, щодо настання страхового випадку та розміру збитків, термін складання страхового акту продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, щодо страхового випадку, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів.

11.7. Страхова виплата сплачується пропорційно відношенню частини страхової премії, що надійшла на рахунок Страховика на час настання страхового випадку, до повної страхової премії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.8. Страховик здійснює страхову виплату аптеці за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі копій рецептів або замовлень, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.

11.9. Страхові виплати іншій установі або закладу здійснюються на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість.

11.10. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичних та інших послуг та/або медикаментів передбачених Програмою добровільного медичного страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або ліміту відповідальності по конкретній медичній послугі, окремому захворюванню.

11.11. Страхова виплата здійснюється тільки після перевірки всіх наданих Страховику документів, що підтверджують настання страхового випадку. У деяких випадках можливе проведення медичного обстеження Застрахованої особи довіреним лікарем Страховика.

11.12. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

11.13. Якщо (у разі настання страхового випадку) Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика рецептами, для отримання нею відшкодування у розмірі понесених витрат у межах страхової суми вона (Застрахована особа/Страхувальник або, у разі смерті Застрахованої особи, призначений нею Вигодонабувач) повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.

11.14. Страхова виплата (її частина) може здійснюватися Страховиком готівкою через касу або в безготівковому порядку згідно Договору страхування.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті (повністю або частково) є:

12.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин) або Вигодонабувача, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника та вищезгаданих осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

12.1.2. Вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

12.1.3. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у з'ясуванні обставин настання страхового випадку, у визначенні характеру та розміру збитків.

12.2. Для відмови Страховика у страховій виплаті, якщо це передбачено умовами Договору страхування, можуть бути також такі підстави:

12.2.1. Подання Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування, ступінь страхового ризику, факт настання страхового випадку або приховування таких відомостей.

12.2.2. Шахрайство або інші дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин), направлені на отримання незаконної вигоди від страхування.

12.2.3. Одержання Застрахованою особою медичних послуг, не передбачених Договором страхування або Програмою страхування.

12.2.4. Ненадання Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, будь-якою іншою особою, яка може отримати страхову виплату Страховику, за його вимогою, інформації та документів у відповідності до чинного законодавства України з питань запобігання легалізації доходів, одержаних злочинним шляхом та фінансування тероризму і Закону України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом" та розроблених внутрішніх нормативних документів Страховика щодо фінансового моніторингу.

12.2.5. Страхувальник, Застрахована особа надали Страховику недостовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагав при укладанні Договору страхування. Страхувальник, Застрахована особа не надали на вимогу Страховика можливості проведення медичного обстеження Застрахованої особи.

12.2.6. Невідповідність обсягу або вартості медичних послуг Договору страхування або Програмі страхування.

12.2.7. Одержання медичних послуг Застрахованою особою без узгодження зі Страховиком в умовах або медичних закладах, що не передбачені Договором страхування.

12.2.8. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про підвищення ступеня ризику.

12.2.9. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, зазначених у Договорі страхування.

12.2.10. Невиконання Страхувальником, Застрахованою особою, Вигодонабувачем, будь-якого із зобов'язань, що вказані у Договорі страхування, у тому числі рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи.

12.2.11. Страховик може прийняти рішення про відмову у страховій виплаті відповідно до п.4.2, 4.3. та 4.5 цих Правил, якщо це передбачено Договором страхування.

12.2.12. Інші випадки, передбачені Договором страхування або законом.

12.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать закону.

12.4. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик приймає у строк не більше 20 (двадцяти) календарних днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують настання страхового випадку (перелік документів наведено в п. 11.5, 11.8 та 11.13 цих Правил), якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.5. Страховик письмово повідомляє Страхувальника, Застраховану особу, Вигодонабувача, іншу особу про відмову у страховій виплаті, з обґрунтуванням причин відмови, в строк не більше 20 (двадцяти) календарних днів з дня прийняття такого рішення.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Про намір внести зміни до Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

13.2. Зміни умов Договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, місця (території) страхування тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування або переукладання Договору страхування.

13.3. Додаткова угода є невід'ємною частиною Договору страхування і складається у кількості примірників Договору страхування.

13.4. Зміною ступеня ризику вважається будь-яка зміна даних або/та обставин, які надані Страхувальником в заяві на страхування, такі факти або події стосовно предметів, прийнятих на страхування, що можуть суттєво вплинути на зміну ступеня страхового ризику.

наприклад: зміна Застрахованою особою професійної діяльності, якщо це пов'язано з підвищенням небезпеки для життя та/або здоров'я, заняття видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя та/або здоров'я та інше.

13.5. Страхувальник, Застрахована особа не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що підвищують ступінь страхового ризику без узгодження зі Страховиком.

13.6. У разі надходження повідомлення Страхувальника про зміну ступеня ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення про внесення змін в Договір страхування або про дострокове припинення його дії, якщо це передбачено Договором страхування.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення строку дії.

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

14.1.3. Якщо Страхувальник порушить вказані у Договорі страхування строки сплати страхових платежів, дія Договору страхування припиняється і Страховик не зобов'язаний виплачувати страхове відшкодування у разі настання страхового випадку з 19 години дати, що зазначена як дата сплати страхового платежу (його частини). Дія Договору страхування поновлюється з 00 годин дати, наступною за датою сплати зазначеного страхового платежу (його частини), якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.1.4. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

14.1.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

14.1.6. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України.

14.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування також може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за тридцять днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.5. У випадку дострокового припинення дії Договору страхування повернення

страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

14.6. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові документи, які дають право на одержання медичної допомоги.

14.7. У Договорі страхування за погодженням Сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, за Договором страхування вирішуються шляхом переговорів, відповідно до чинного законодавства України.

15.2. Якщо сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. У разі зміни чинного законодавства України умови цих Правил та укладених Договорів страхування діють в частині, що не суперечить чинному законодавству України.

Програма гарантує надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування. Програма надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") та надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування. Програма надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") та надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування.

Програма гарантує надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування. Програма надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") та надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування.

III. Програма: "Швидка медична допомога"

Програма гарантує надання з високим ступенем діагностичною допомогою (Програма "Універсальна-діагностична допомога") надання та надання допомоги у високотехнологічних спеціалізованих клініках будь-якого профілю в умовах поліклініки, а тому жодя з дитячої стаціонари або відділу в ординаторстві, в разі необхідності, стаціонару відносно надання курсової медичної допомоги після закінчення основного курсу амбулаторного лікування.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

I. Програма : "Консультаційно-діагностична допомога"

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої консультаційно-діагностичної допомоги спеціалістами багатопрофільної Клініки та запрошеними консультантами, в тому числі з провідних клінік України, повний спектр лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження двох рівней.

II. Програма : "Амбулаторно-поліклінічна допомога"

Програма гарантує нарівні з консультаційно-діагностичною допомогою (Програма "Консультаційно-діагностична допомога") надання та оплату лікування у висококваліфікованих спеціалістів клінік будь-якого профілю в умовах поліклініки, в тому числі в денному стаціонарі або вдома із організацією, в разі необхідності, стаціонару вдома, з оплатою вартості медикаментів після закінчення повного курсу амбулаторного лікування. Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договір про співробітництво; проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування; рентгенологічні дослідження, ЕКГ, РВГ, РЕГ, ЕЕГ, ультразвукове, термографічне обстеження; нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопія, МРТ тощо;

- проведення комплексного диспансерного обслуговування;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших; динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії договору страхування; надання допомоги на дому; проведення реабілітаційних заходів після перенесеного гострого або загострення хронічного захворювання; фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками; хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

III. Програма : "Швидка медична допомога"

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги, яка надається спеціалістами багатопрофільної клініки, проведення вдома термінових лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультразвукографічних обстежень, медичне транспортування до профільного стаціонару за невідкладними медичними показниками.

IV. Програма : "Стационарна допомога"

Програма гарантує надання та оплату стаціонарної медичної допомоги у провідних лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені угоди про співробітництво. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 доби з часу видачі направлення, та негайно при гострому захворюванні або нещасному випадку. Гарантується оплата вартості медикаментів, необхідних для лікування, харчування, надання одно- чи двоохмісної палати, виконання усіх інвазивних маніпуляцій тільки одноразовими інструментами.

V. Програма : "Стоматологічна допомога"

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги під місцевим або загальним знеболюючим засобом з використанням тільки високоякісних матеріалів, обладнання та одноразових інструментів.

VI. Програма : "Медикаментозне забезпечення"

Програма гарантує медикаментозне забезпечення медико-санітарними засобами (ліками, перев'язочними матеріалами, одноразовими інструментами та іншими засобами) згідно припису спеціаліста із зазначенням форми випуску, дозування, терміну та періодичності застосування і їх вартості, в разі стаціонарного або амбулаторно-стаціонарного лікування в лікувальних закладах з якими Страховик має угоду про надання медичних послуг.

Оплату медико-санітарних засобів (згідно припису спеціаліста із зазначенням форми випуску, дозування, терміну та періодичності застосування) в мережі аптек, з якими Страховик має угоду, на підставі гарантійного листа.

Матеріальну компенсацію витрат на оплату медико-санітарних засобів в інших аптеках чи медичних закладах на підставі рахунку або рецепта згідно припису спеціаліста із зазначенням форми випуску, дозування, терміну та періодичності застосування.

Договором страхування можуть бути передбачені інші програми добровільного медичного страхування, розроблені Страховиком.

Страхові тарифи

Базові річні страхові тарифи у відповідності з програмами ДМС наведені нижче:

1. Консультаційно-діагностична допомога

| Вік у роках | Ступінь здоров'я Застрахованої особи | |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| | 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями) |
| | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 1-14 | 23 | 46 |
| 15-40 | 11 | 40 |
| 41-55 | 17 | 49 |
| 56-65 | 19 | 54 |
| більш 65 | 25 | 56 |

2. Амбулаторно-поліклінічна допомога

| Вік у роках | Ступінь здоров'я Застрахованої особи | |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| | 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями) |
| | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 1-14 | 36 | 72 |
| 15-40 | 22 | 57 |
| 41-55 | 30 | 75 |
| 56-65 | 36 | 79 |
| більш 65 | 40 | 82 |

3. Швидка медична допомога

| Вік у роках | Ступінь здоров'я Застрахованої особи | |
|-------------|--------------------------------------|---|
| | 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями) |
| | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 1-14 | 15 | 32 |
| 15-40 | 10 | 19 |
| 41-55 | 17 | 33 |
| 56-65 | 24 | 37 |
| більш 65 | 30 | 43 |

4. Стаціонарна допомога

| Вік у роках | Ступінь здоров'я Застрахованої особи | |
|-------------|--------------------------------------|---|
| | 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями) |
| | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 1-14 | 30 | 50 |
| 15-40 | 17 | 39 |
| 41-55 | 21 | 44 |
| 56-65 | 31 | 59 |
| більш 65 | 33 | 55 |

5. Стоматологічна допомога

| Ступінь здоров'я Застрахованої особи | | |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями) | 3 (з хронічними захворюваннями) |
| страховий тариф, % | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 35 | 57 | 75 |

6. Медикаментозне забезпечення

| Ступінь здоров'я Застрахованої особи | | |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 1 (практично здорові) | 2 (з захворюваннями) | 3 (з хронічними захворюваннями) |
| страховий тариф, % | страховий тариф, % | страховий тариф, % |
| 27 | 56 | 68 |

У будь-якому випадку при застосуванні коригуючих коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 90% для працівників застрахованих осіб та 95% при страхуванні осіб безпосередньо застрахованих в організації.

Коригуючі коефіцієнти, які застосовуються до базового страхового тарифу шляхом множення при визначенні страхового тарифу за Договором страхування.

1. Коефіцієнт розміру страхової суми.

| Страхова сума, тис.грн. | Коригуючий коефіцієнт K1 |
|-------------------------|--------------------------|
| До 5 (включно) | 1,0-1,3 |
| 5-20 (включно) | 0,9-1 |
| 20-50 (включно) | 0,8-0,9 |
| 50-100 (включно) | 0,65-0,8 |
| Більше 100 | від 0,5 до 0,65 |

2. Коефіцієнт, що враховує строк страхування

| Строк страхування, міс. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Коригуючий коефіцієнт | 0,30 | 0,35 | 0,40 | 0,45 | 0,50 | 0,60 | 0,70 | 0,75 | 0,85 | 0,90 | 0,95 |

3. Коефіцієнт K3, що враховує категорію (клас) обслуговування, обсяг додаткових послуг та додаткові виключення із страхових випадків тощо, при укладенні Договору страхування визначається в розмірі 0,6-1,5.

4. В залежності інших факторів ризику (розміру франшизи; професії Застрахованої особи; наявності/відсутності шкідливих умов праці на виробництві; проведення профілактичних заходів тощо) можуть застосовуватися коригуючий коефіцієнт K4 у розмірі від 0,25 до 3,0.

5. При укладанні договорів добровільного медичного страхування з юридичними особами по діючим програмам ДМС можуть застосовуватись знижки до розміру страхового тарифу:

| Кількість Застрахованих | Знижка тарифу |
|-------------------------|---------------|
| 50-80 | 5 % |
| 80-110 | 6 % |
| 110-200 | 8 % |
| 200-250 | 9 % |
| більш 250 | 10 % |

У будь-якому випадку при застосуванні корегуючих коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 60% для практично здорових людей та 90% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі.

Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування при його укладенні за згодою сторін.

Нормативні витрати на ведення справи складають 30% в зазначених тарифах.

Актуарій



Карташов Ю.М.
(сертифікат №03-002 від 26.11.2009)

Проприєтовано, пронумеровано та скріплено печаткою
З.С. (Знак) в імені держави



Міністерство економіки та фінансів України
Фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

О.Тимощук *О.В.Тимощук*
Підпис Керівника

Дата *02.04.2009* Реєстраційний номер **0340229**