

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цієї Програми САТ "Грандвіс" дає всі договори добровільного медичного страхування (Договори ДМС) як фізичним особам, так і юридичними (фізичними особами) у відповідності з умовами й умов гарантії організації медичного страхування та якості в області медичного страхування, що вказано в цій частині Програми ДМС.

"ЗАТВЕРДЖЕНО"
Голова Правління
САТ "Грандвіс"

П. М. Максименко



1.2. Страхувальник може укласти Договір ДМС добровільного страхування про страхування третьої особи (випадок - Застрахована особа). Страхувальник може набувати права та обов'язки Страхувальника згідно умов Договору ДМС.

У разі, коли Договір страхування укладається Страхувальником про особисте страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Об'єктами страхування не є випадки Договорів ДМС громадян, які походять на облік з кардіологічних, патологічних, туберкульозних, шлунково-кишкових диспепсических центрів та профілактиці та боротьбі зі СНІДом, інвалідів I-III груп, осіб у віці до 1 року та старших 90 років, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.4. Медико-санітарна допомога надається через асистентську компанію - компанія САТ "Грандвіс" щодо обслуговування Договорів ДМС в частині організації та фінансування медико-санітарної допомоги у області страхових випадків.

ПРАВИЛА добровільного медичного страхування

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування є медична допомога, пов'язана з здоров'ям та придатністю Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

3.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання Застрахованої особи.

Страховий випадок є отримання Застрахованою особою у закладі охорони здоров'я, з'явлення передбаченого Договором страхування, або запропонованому Асистентською компанією (якщо у Договорі вказано, що медико-санітарна допомога здійснюється через таку компанію), в разі постраждалих захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку медико-санітарної допомоги у зв'язку з медико-санітарною допомогою згідно з обраними Програмами ДМС.

Страховий випадок вважається звернення до медичного випадку та отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги під час дії Договору страхування.

3.3. Страховик не несе відповідальності (за здійснено відшкодування) в разі звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я у зв'язку з:

3.3.1. Хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, хворобою, пов'язаною з використанням ліків без призначення лікаря (за винятком випадків госпіталізації в зв'язку з такими речовинами у відношенні до Застрахованої особи третіми особами), самопідкування.

3.3.2. Хворобою або травмою, які є наслідком:

- замаху на самоубийство за участю тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженою протиправними діями третіх осіб, навмисного сприяння собі інших ушкоджень.

Чернігів, 2000

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил СК "Грандвіс" (далі - Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (Договір ДМС) громадян з юридичними особами та дієздатними фізичними особами у віці від 18 років (надалі - Страхувальники), за умовами яких гарантує організацію та фінансування медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсягах Програм добровільного медичного страхування, що є невід'ємною частиною Правил (Додаток №1 до цих Правил).

1.2. Страхувальник може укласти договори медичного страхування про страхування третіх осіб (надалі - Застраховані особи), які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов договору страхування.

У разі, коли договір страхування укладено Страхувальником про особисте страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Обмеження страхування: не укладаються Договори ДМС громадян, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I -III груп, осіб у віці до 1 року та старше 60 років, якщо інше не передбачено договором страхування.

1.4. Медико-санітарна допомога може здійснюватись через асистуючу компанію - компанію, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів ДМС в частині організації та фінансування медико-санітарної допомоги у обсязі страхових медичних програм.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховий випадок - подія, передбачувана договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

3.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання Застрахованої особи.

Страховим випадком є отримання Застрахованою особою у закладі охорони здоров'я, з переліку передбачених договором страхування, або запропонованому Асистуючою компанією (якщо у договорі визначено, що медико-санітарна допомога здійснюється через таку компанію), в разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку медико-санітарної допомоги у межах, передбачених договором страхування, згідно з обраними Програмами ДМС.

Страховим випадком визнається звернення до медичного закладу та отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги під час дії договору страхування.

3.3. Страховик не несе відповідальність (не здійснює відшкодування) в разі звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я у зв'язку з:

3.3.1. Хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин та медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням випадків насильницького застосування таких речовин у відношенні до Застрахованої особи третіми особами), самолікування;

3.3.2. Хворобою або травмою, які є наслідком:

- замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями третіх осіб, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

- вчинення Застрахованою особою навмисного злочину;
- навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
- знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
- спроби здійснення Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
- управління Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі ним управління особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, або токсичного сп'яніння, а також особі, яка не мала прав водія відповідної категорії.

3.3.3. Страхове відшкодування не здійснюється (якщо інше не передбачено договором страхування) у випадках:

- венеричних захворювань, СНІДу - незалежно від терміну виявлення (за виключенням осіб, захворювання яких виникло в результаті виконання ними своїх професійних обов'язків і це передбачено договором страхування);
- особливо небезпечних інфекцій (воспа, чума, холера, сибірська виразка);
- алкоголізма, наркоманії, токсикоманії - незалежно від терміну виявлення;
- оперативного втручання, пов'язаного з пересадкою органів;
- захворювань, пов'язаних з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за виключенням ОРВІ);
- захворювання та травми, що є наслідками військових дій, заколотів, повстань, громадських заворушень, страйків, ядерного вибуху, а також дії радіації.

3.4. Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримана медико-санітарна допомога, яка не передбачена договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медико-санітарна допомога у закладах охорони здоров'я, не передбачених договором страхування без попереднього погодження з Страховиком (Асистуючою компанією).

У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків закладу охорони здоров'я.

4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір медичного страхування укладається на строк не менше одного місяця.

4.2. Підставою для укладання договору страхування є письмова або усна заява Страхувальника. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування.

При поданні заяви на укладення договору, Страхувальник повинен надати при необхідності за вимогою Страховика повну інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається договір. Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування якої укладається договір.

4.3. Договір страхування складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

При укладанні договору медичного страхування одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання договору страхування.

4.4. Договір ДМС набуває чинності:

4.3.1. У разі сплати страхової премії готівкою - з моменту сплати страхової премії одноразово або першої її частини (внеску) до каси Страховика;

4.3.2. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня надходження страхової премії (одноразової або першої її частини) на розрахунковий

рахунок Страховика. Страховик зобов'язаний на протязі трьох робочих днів після надходження страхової премії на свій розрахунковий рахунок повідомити Страхувальника про дату набуття чинності договору страхування.

4.4. Місцем дії договору страхування є територія обумовлена в договорі страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ.

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування. Для кожної Програми ДМС Страховик може встановлювати обмеження щодо розміру страхової суми.

5.2. Страхова премія - грошова сума, яку сплачує Страхувальник Страховику за те, що останній зобов'язується згідно умов договору страхування здійснити виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що визначається у Додатку №2 до цих Правил.

5.3. Страхова премія сплачується у терміни та у порядку, які визначені договором страхування.

5.4. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків.

5.5. Страхова премія сплачується у вільно-конвертованій валюті (страхувальниками-нерезидентами України) або в грошовій одиниці України (страхувальниками-громадянами України та страхувальниками-юридичними особами України).

Виплати страхового відшкодування здійснюються тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо це не протирічить законодавству України.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Достроково припинити дію договору страхування.

6.1.2. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається Додаткова угода до діючого договору страхування з врахуванням умов розділу 7 цих Правил.

6.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов договору страхування.

6.1.4. Вимагати забезпечення організації надання та оплати наданих Застрахованій особі медико-санітарної допомоги в межах, передбачених договором страхування.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Сплачувати страхову премію в обсягах та в терміни, що обумовлені договором страхування.

6.2.2. Сповіщати Страховика на протязі терміну дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

6.2.3. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування; при необхідності надати Страховику можливість медичного обстеження Застрахованої особи.

6.2.4. В разі необхідності отримання медико-санітарної допомоги в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це з Страховиком до отримання цієї допомоги. Якщо договором страхування передбачена організація надання та фінансування медико-санітарної допомоги через Асистуючу компанію, то

медичний заклад для отримання медико-санітарної допомоги та її обсяг узгоджується з Асістуючою компанією.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо укладення договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію.

6.3.3. Надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

6.3.4. Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках, зазначених у п.п. 3.3.- 3.4 цих Правил, а також, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

- повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування;

- не подав на вимогу Страховика документів, які підтверджують факт настання страхового випадку.

6.3.5. Достроково припинити дію договору страхування, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування або не сплатив страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений договором страхування термін та у встановленому договором страхування обсязі.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

6.4.2. У разі настання страхового випадку протягом терміну, передбаченого договором між Страховиком та закладом охорони здоров'я (Асістуючою компанією), після одержання усіх належним чином оформлених необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату.

Якщо Застрахована особа одержала медико-санітарну допомогу у закладі охорони здоров'я, з яким Страховик не має договірних відносин, з попереднім погодженням з Страховиком (Асістуючою компанією), та сплатила вартість цієї допомоги власно, або придбала лікарняні засоби, приписані для лікування, їй здійснюється виплата в термін, передбачений умовами договору страхування, або в цей же термін відмовляється у виплаті страхового відшкодування з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

6.4.3. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації щодо учасників та умов договору страхування.

6.5. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені цими Правилами та договором страхування, здійснюють її батьки або опікуни.

7. ГОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін

7.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 15 днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено умовами договору.

7.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як Додаткова угода до діючого договору страхування.

8. ГОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

8.1. При зверненні Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я, з переліку визначених договором страхування або до Асістуючої компанії у випадку захворювання

чи нещасного випадку медико-санітарна допомога надається на підставі пред'явлення договору страхування (або документу, що підтверджує факт укладання договору страхування) та документу, що посвідчує особу.

Застрахована особа повинна чітко дотримуватись приписів та призначень лікарів, не порушувати режиму закладу охорони здоров'я, що надає таку допомогу.

Страховик здійснює виплату страхового відшкодування у відповідності до умов договору страхування шляхом оплати медичному закладу або Асистуючій компанії вартості наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги в зв'язку з страховим випадком в межах страхової суми, визначеної договором страхування.

Заклад охорони здоров'я (Асистуюча компанія) сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у конкретному договорі з закладом охорони здоров'я (Асистуючою компанією).

Виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів закладу охорони здоров'я, що надавав Застрахованій особі медико-санітарну допомогу (заява про виплату, документи, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, перелік діагностичних процедур, лікувальних заходів, перелік лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також термін та періодичність застосування, їх вартість).

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

При одержанні Застрахованою особою медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я, не передбаченому договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено з Страховиком (Асистуючою компанією), після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику заяву про виплату, оригінали документів: рахунки закладу охорони здоров'я, документи, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, перелік діагностичних процедур, лікувальних заходів, перелік лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також термін та періодичність застосування, їх вартість). Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених з Страховиком.

При відсутності у закладі охорони здоров'я необхідних медико-санітарних засобів (ліки, перев'язочні засоби, одноразовий інструментарій тощо) Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість придбаних нею самостійно зазначених засобів згідно рахунків (чекіз) аптек (фармацевтичних установ), або сплачує вартість таких засобів безпосередньо фармацевтичній установі.

8.2. Після отримання документів, визначених у пункті 8.1 цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату згідно умов пунктів 8.3 та 8.4 цих Правил.

8.3. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування для цієї Застрахованої особи та/або страхової суми, встановленої договором страхування для відповідної Програми ДМС.

8.4. Належну виплату страхового відшкодування Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату. Виплата здійснюється згідно з п. 6.4.2. цих Правил.

8.5. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі, визначеному договором страхування або договором з закладом охорони здоров'я (Асистуючою компанією), залежно від того, кому здійснюється виплата.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Договір страхування припиняє дію за згодою сторін, а також у разі:

9.1.1. Закінчення строку дії договору страхування;

9.1.2. Виконання Страховиком страхових зобов'язань у повному обсязі;

9.1.3. Смерті Застрахованої особи.

Якщо договір страхування було укладено про страхування декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи;

9.1.4. У випадку несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановлений договором страхування термін. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;

9.1.5. У випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до пропонуємої дати припинення дії договору страхування.

9.3. При достроковому припиненні дії договору страхування Страховик виплачує Страхувальнику грошову суму, яка розраховується наступним чином:

9.3.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає частину сплаченої страхової премії, що залишилася до закінчення дії договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо ця вимога обумовлена невиконанням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

9.3.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені страхові платежі. Якщо ініціатива Страховика зумовлена порушенням Страхувальником умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

III. Програма: "Швидка медична допомога"

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

до Правил добровільного медичного
страхування

Програма гарантує надання та оплату стаціонарної медичної допомоги у провідних лікувальних закладах, з якими Страховик уклав угоди про співробітництво. Госпіталізація здійснюється настрого 1-3 доби з часу надання медичної допомоги. Госпіталізація здійснюється настрого 1-3 доби з часу надання медичної допомоги.

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, рентгенслогічних, 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 договори 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" №2

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 двохмісної 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.

2. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

Вік	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорова)	2 (з захворюваннями в стадії, хронічними захворюваннями)
Вік	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	85
15-40	5	75
41-65	7	80
66-75	9	85
Старше 75	10	85

3. Швидка медична допомога **Додаток №2**
до Правил добровільного
медичного страхування

Вік у роках	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %

Страхові тарифи

1. При укладанні договорів добровільного медичного страхування з юридичними особами по діючим програмам ДМС можуть застосовуватись пільги:

чисельність Застрахованих	знижка тарифа
50-80	5%
80-110	6%
110-200	8%
200-250	9%
більш 250	10%

2. Базові страхові тарифи у відповідності з програмами ДМС наведені нижче:

1. Консультаційно-діагностична допомога .

Вік у роках	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	80
15-40	5	65
41-55	7	75
56-65	9	80
більш 65	10	80

2. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

Вік у роках	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	85
15-40	5	75
41-55	7	80
56-65	9	85
більш 65	10	85

3. Швидка медична допомога.

Вік у роках	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	85
15-40	5	75
41-55	7	80
56-65	9	85
більш 65	10	85

4. Стаціонарна допомога

Вік у роках	Найменування медичної програми	
	1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями в анамнезі, хронічними захворюваннями)
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
1-14	10	85
15-40	5	75
41-55	7	80
56-65	9	85
більш 65	10	90

5. Стоматологічна допомога

Найменування медичної програми		
1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями)	3 (з хроніч. захворюваннями)
страховий тариф, %	страховий тариф, %	страховий тариф, %
12	90	95

6. Медикаментозне забезпечення

Найменування медичної програми		
1 (практично здорові)	2 (з захворюваннями)	3 (з хроніч. захворюваннями)
страховий тариф, %	страховий тариф, %	страховий тариф, %
12	90	99

**Розрахунок страхових тарифів
по добровільному медичному страхуванню.**

Розрахунок провадився на підставі статистичних даних про захворюваність населення за 1994-1995 роки та даних про середню вартість надання медико-санітарної допомоги у приватних медичних закладах. З часом, коли у компанії буде власна статистична база з метою підвищення конкурентоспроможності страхового продукту при мінімальному ризику фінансових збитків для страховика, тарифи доцільно буде переглянути. При співробітництві з медичними закладами, в яких вартість лікування багато вище або нижче середньої (що бралась для розрахунку) тарифи також доцільно збільшувати або зменшувати залежно від фактичної вартості медико-санітарної допомоги.

Відомі статистичні дані:

Клас хвороб	Відносна частота захворювань, Q_i (поширеність захворювань/чисельність населення)		$1 - Q_i$ ($i = 1, 2, \dots, 15$ - номер класу хвороб по порядку)	
	1994р.	1995р.	1994р.	1995р.
1. Інфекційні та паразитарні хвороби	0,038	0,042	0,962	0,958
2. Новоутворення	0,034	0,033	0,966	0,967
3. Хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин та імунітету, роз	0,036	0,035	0,964	0,965
4. Хвороби крові та кровотворних органів	0,004	0,004	0,966	0,966
5. Психічні розлади	0,056	0,061	0,944	0,939
6. Хвороби нервової системи та органів чуття	0,144	0,148	0,856	0,852
7. Хвороби системи кровообігу	0,253	0,250	0,747	0,750
8. Хвороби органів дихання	0,355	0,371	0,645	0,629
9. Хвороби органів травлення	0,108	0,110	0,892	0,890
10. Хвороби сечостатевої системи	0,052	0,052	0,948	0,948
11. Ускладнення вагітності, пологів, післяпологового періоду	0,010	0,011	0,990	0,989
12. Хвороби шкіри та підшкіряної клітковини	0,057	0,053	0,943	0,947
13. Хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини	0,068	0,068	0,932	0,932
14. Вроджені аномалії	0,004	0,004	0,996	0,996
15. Травми та отруєння	0,068	0,065	0,932	0,935
$(1-Q_1)(1-Q_2)\dots(1-Q_{15})$			0,237	0,230

Далі робимо припущення щодо незалежності хвороб з різних класів. (Хоча на практиці це не так, але таке припущення при розрахунку страхового тарифу іде на користь страховику).

Імовірність того, що Застрахована особа захворіє хоча б однією хворобою тоді визначається наступним чином:

$$P(\dots) = 1 - (1-Q_1)(1-Q_2)\dots(1-Q_{15})$$

$$P(1994р.) = 1 - 0,237 = 0,763$$

$$P(1995р.) = 1 - 0,230 = 0,770$$

$$\text{В середньому за два роки: } P = (0,763 + 0,770)/2 = 0,767$$

Нетто-ставка страхового тарифу по кожному ризику складається із двох частин:

$$T_n = T_o + T_r$$

Основна частина нетто-ставки (T_o) відповідає середнім виплатам страховика, залежно від ймовірності настання страхового випадка P , середньої страхової суми S та середнього відшкодування S_v . Основна частина нетто-ставки розраховується за формулою:

$$T_o = 100 \times (S_v / S) \times P$$

Ризикова надбавка T_r призначена для того, щоб врахувати ймовірні перевищення кількості страхових випадків відносно їх середнього значення. Крім P , S і S_v ризикова надбавка залежить ще від трьох параметрів: n – плануємої кількості договорів, віднесених до періоду, на який провадиться страхування, середнього розбросу відшкодувань R_v та гарантії $a(y)$ – вимагаємої ймовірності, з якою зібраних внесків повинно вистачити на виплату відшкодувань по страховим випадкам.

Оскільки немає даних про величину R_v , допускається розрахунок ризикової надбавки за формулою:

$$T_r = 1,2 \times T_o \times a(y) \times \sqrt{\frac{1-P}{nP}}$$

Брутто-ставка T_b розраховується за формулою:

$$T_b = \frac{T_n \times 100}{100 - f}, \text{ де } f - \text{доля навантаження у тарифі (нормативні витрати на ведення справи у \% в тарифі)}$$

Розрахунки будемо проводити для терміну страхування 1 рік.

1. Програма "амбулаторно-поліклінічна допомога":

$$P = 0,767$$

Середня кількість днів перебування застрахованого на амбулаторному лікуванні на рік – 15 днів. В середньому 1-2 звернення одного хворого.

Середня вартість одного дня – 100 грн.

Середня страхова сума – 15000 грн.

$$a(y) = 3$$

кількість договорів – 300

Норматив витрат на ведення справи – 30%.

Базовий брутто-тариф, розрахований за викладеною вище методикою складає приблизно 9% від страхової суми. При наявності у особи, що страхується захворювань в анамнезі, страховий тариф у зв'язку з підвищеною ймовірністю настання страхового випадку підвищується до 70-90%.

Це саме, також відноситься до Програми "консультативно-діагностичної допомоги".

2. Програма "стаціонарна допомога":

$$P = 0,4$$

Середня кількість днів перебування застрахованого в стаціонарі на рік – 10 днів.

Середня вартість одного дня – 200 грн.

Середня страхова сума – 15000 грн.

$$a(y) = 3$$

кількість договорів – 300

Норматив витрат на ведення справи – 30%.

Базовий брутто-тариф, розрахований за викладеною вище методикою складає приблизно 8% від страхової суми. Розрахунок для при підвищеному ризику (наявність захворювань в анамнезі на час страхування) дає 50-80%.

3. Програма "швидка допомога":

$$P = 0,108$$

Середня вартість одного виклику – 650 грн.

Середня страхова сума – 3000 грн.

$a(y) = 3$

кількість договорів - 300

Норматив витрат на ведення справи - 30%.

Базовий брутто-тариф, розрахований за викладеною вище методикою складає приблизно 5% від страхової суми. При підвищеному ризику - 60-90%.

4. Програма "стоматологічна допомога":

$P = 0,99$

Середня вартість одного відвідування - 100 грн., кількість відвідувань однією застрахованою особою 2-6.

Середня страхова сума - 500 грн.

$a(y) = 3$

кількість договорів - 300

Норматив витрат на ведення справи - 30%.

Базовий брутто-тариф, розрахований за викладеною вище методикою складає приблизно 90% від страхової суми.

5. Програма "медикаментозне забезпечення".

$P1 = 0,23$ - для практично здорових осіб;

$P2 = 0,90$ - для осіб з хронічними захворюваннями, послабленим імунітетом тощо.

Середня страхова сума - 200 грн.

Виплати по практично здоровим особам складають в середньому до 40 грн., по особам з хронічними захворюваннями, послабленим імунітетом тощо - дорівнює страховій сумі.

$a(y) = 3$

кількість договорів - 300

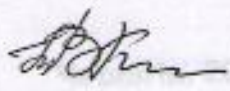
Норматив витрат на ведення справи - 30%.

Базовий брутто-тариф, розрахований за викладеною вище методикою для практично здорових осіб складає приблизно 12%, - для осіб з хронічними захворюваннями, послабленим імунітетом тощо - 90% від страхової суми.

В кожному конкретному випадку страховий тариф визначається у договорі страхування за згодою сторін виходячи із конкретних умов договору та зазначених вище базових тарифів. Тарифи можуть бути підвищені або знижені залежно від рівня медико-санітарної допомоги, що пропонується, комфортності умов перебування у стаціонарі, включення або виключення окремих хвороб (класів хвороб) із переліку страхових ризиків, переліку послуг, що не будуть оплачуватись, стану здоров'я особи, що страхується, умов праці та побуту цієї особи тощо. При страхуванні одночасно великої кількості осіб може бути надана знижка - залежно від кількості осіб, що страхуються.

Рекомендовані страхові тарифи - у Додатку №2 до Правил добровільного медичного страхування.

Актуарій



Т. Клепікова

