

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Товариства з додатковою відповідальністю
«Страхова компанія «ДАР»

Карпенко Карпенко О.М.

18 жовтня 2017 року

ДЕРЖАВНО РЕЄСТРОВАНЕ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Член *Научофінросис*

Максимчук О.В.

Підпис *Максимчук*

Ідентифікаційний код 41347391

0318051

Дата *04.04.2018*



Правила
добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

(нова редакція)

ГЛОСАРІЙ

АМБУЛАТОРІЯ - Лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ), призначений для надання Пацієнту Амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги.

АМБУЛАТОРНО – ПОЛІКЛІНІЧНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - Організована та регулярна Медична допомога та/або послуга, що надається Пацієнту, який самостійно приходить до ЛПЗ та перебуває там протягом терміну, який не перевищує 24 годин. Даний термін не охоплює надання Медичної допомоги (послуг) вдома.

АПТЕКА - Заклад, що проводить роздрібний або оптовий продаж Лікарських засобів та має всі відповідні документи для здійснення такої діяльності.

АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ - Юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають Медичну допомогу (послуги), у разі настання Страхового випадку.

БАЗОВА ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ - Програма, згідно з якою Застрахованій особі надається та оплачується комплекс медичної допомоги (послуг), яка обираються Страхувальником при укладенні Договору страхування та на основі якої можуть розроблятися індивідуальні програми медичного страхування для окремих Страхувальників.

ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) - Порушення функціональних можливостей, що зазвичай характеризується швидким початком, вираженими проявами і відносно короткою тривалістю. Гострі хвороби, як правило, мають зворотний розвиток.

ДЕННИЙ СТАЦІОНАР - Лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання Пацієнту Медичної допомоги (послуг), які потребують безпосередньої участі або контролю з боку Медичного персоналу та в яких Пацієнт не залишається на ніч.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або Застрахованій особі, а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхову премію (платіж) у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування (ст.16 Закону України „Про страхування”).

ЗАГОСТРЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБИ) - Посилення патологічних проявів хвороби (без виникнення нового Захворювання), яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої Медичної допомоги (послуг).

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - Фізична особа, про страхування якої (за її згодою) Страхувальником укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) - Порушення функціональних можливостей, що може характеризуватися поступовим або швидким початком, вираженими проявами або непомітним початком, відносно короткою тривалістю або зберігається тривалий час (іноді – впродовж усього життя).

КЛІНІКА (СТАЦІОНАР) - Лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання Медичної допомоги (послуг) Пацієнту, який постійно перебуває в ЛПЗ протягом призначеного Лікарем курсу лікування.

ЛІКАР - Особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (Диплом про вищу медичну освіту та Сертифікат спеціаліста).

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ - Фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни, протези та імплантати, призначені Лікарем для надання Медичної допомоги (послуг), використання яких дозволено державою на місці дії Договору страхування.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ - Обмеження відповідальності Страховика (в межах страхової суми) по одному з ризиків (патології захворювання або умов лікування) або їхньої сукупності. Ліміт відповідальності може бути колективним або індивідуальним. Колективний ліміт обмежує

суму відповідальності Страховика по всіх Застрахованих, які підпадають під дію ліміту. Індивідуальний ліміт обмежує відповідальність Страховика індивідуально для кожного Застрахованого, що підпадає під дію ліміту. Ліміт може виражатися у грошових одиницях (грошовий ліміт) або в кількості послуг або в інших обмеженнях (квотний ліміт). У першому випадку обмежується грошове значення виплат Страховика, у другому - кількість послуг, оплачуваних Страховиком по даному ліміту.

ЛПЗ (ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАКЛАД) - Медичний заклад, що за законодавством України, має право надавати консультаційну, діагностичну, лікувальну, профілактичну та реабілітаційну Медичну допомогу (послуги), виключаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторно-курортних послуг та послуг опікування.

МЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ - Термінове транспортування Пацієнта із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі Медичного персоналу до ЛПЗ, де може надаватися кваліфікована Медична допомога (послуги), якщо необхідність такого транспортування обумовлена Медичним станом Пацієнта.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА (ПОСЛУГА) - Комплекс медичних заходів, що мають вартісну оцінку, які надаються Пацієнтам закладами охорони здоров'я з використанням професійних знань медичних працівників, спрямованих на забезпечення профілактики, діагностики, лікування, догляду та медичної реабілітації у зв'язку з Захворюванням. Поняття Медичної допомоги (послуги) включає в себе:

- огляд та консультацію Лікаря або Медичної сестри;
- проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- готельні послуги при перебуванні в ЛПЗ (харчування, вартість утримання 1 ліжка, тощо);
- використання медичного транспорту.

МЕДИЧНА СЕСТРА - Особа із закінченою середньою медичною освітою, яка отримала установлені державою документи на право роботи Медичною сестрою (Диплом про середню медичну освіту).

МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ - Колектив Лікарів та Медичних сестер, призначений адміністрацією ЛПЗ або Страховика (Асистуючої компанії) для надання Медичної допомоги (послуг) Пацієнту.

НЕВІДКЛАДНА СТОМАТОЛОГІЧНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - Надання Медичної допомоги (послуг) при раптовому Захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

ПАРАМЕДИЧНА ПОСЛУГА - Дія, спрямована на покращення сервісного обслуговування Пацієнта під час надання йому Медичної допомоги (послуг).

ПАЦІЄНТ - Найменування Застрахованої особи на термін її Захворювання.

ПЕРІОД ВІДСТРОЧКИ - Інтервал часу від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися із Застрахованою особою. Тривалість Періоду відстрочки вказується в Договорі страхування.

ПЛАНОВА СТОМАТОЛОГІЧНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - Надання Медичної допомоги (послуг), спрямованої на попередження розвитку або прогресування Захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба, протезування, тощо).

ПОГОДЖЕННЯ НА СТРАХУВАННЯ - Згода фізичної особи на її страхування Страхувальником, що посвідчується її підписом у списку Застрахованих.

СЛУЖБА МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ - Форма організації Медичної допомоги (послуг), за якою Медичний персонал безперервно доглядає Пацієнта поза межами ЛПЗ на протязі певного часу за індивідуальною програмою, виконує всі призначення Лікаря та забезпечує дотримання необхідних санітарно-гігієнічних та побутових умов для Пацієнта.

СТАЦІОНАРНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА - Медична допомога (послуги), що надаються Пацієнту в Клініці (стаціонарі) протягом терміну, який перевищує 24 години.

СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ – страхова виплата, яка здійснюється Страховиком в межах страхової суми відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, ВНЕСОК) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

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

СТРАХОВИЙ АКТ - Документ, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою для підтвердження кожного факту настання Страхового випадку і є підставою для здійснення Страхової виплати.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - Подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальнику та/або Застрахованій особі.

Страховим випадком за цими Правилами визнається звернення Застрахованої особи протягом дії Договору страхування в лікувально-профілактичний заклад з переліку таких закладів, передбаченому Договором страхування, при погіршенні Медичного стану, внаслідок якого має місце тимчасова втрата працездатності (якщо інше не передбачено Договором страхування) і отримання при цьому Медичної допомоги (послуг) в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування, яка є невід'ємною частиною Договору страхування.

СТРАХОВИЙ ПОЛІС- Форма Договору страхування, що укладається між Страховиком і Страхувальником. Невід'ємною частиною Страхового поліса є Правила страхування або витяг із Правил страхування.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

СТРАХОВИК - юридична особа, яка має ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я). В дійсних Правилах – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ДАР».

СТРАХУВАЛЬНИК - Юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком і зобов'язується сплачувати Страхову премію у визначені терміни та виконувати інші умови Договору страхування.

СУМА ВИТРАТ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ (ПОСЛУГИ) - Вартість надання Медичної допомоги (послуг), яку Страховик сплачує відповідним лікувально-профілактичним закладам (ЛПЗ), і додаткової частини на придбання лікарських засобів, необхідних для Застрахованих осіб за медичними показаннями, в тому числі тимчасово відсутніх у даному ЛПЗ.

УСКЛАДНЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ - Новий Медичний стан або нове Захворювання, для яких доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є Захворювання, що вже існувало.

ФАЗА РЕМІСІЇ - Період Хронічного захворювання, який наступив спонтанно або внаслідок надання Медичної допомоги (послуг) після загострення процесу, для якого характерно стихання патологічних проявів Захворювання, покращення якості життя Пацієнта та відсутність безпосередньої загрози для працездатності та життя Пацієнта.

ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ (ХВОРОБА) - Порушення функціональних можливостей, що зазвичай характеризується поступовим, непомітним початком із незворотними змінами, що зберігаються тривалий час, іноді – впродовж усього життя.

ШВИДКА (НЕВІДКЛАДНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА - Надання Медичної допомоги (послуг) при настанні нещасного випадку або раптовому погіршенні Медичного стану Застрахованої особи з виїздом до неї загальної або спеціалізованої бригади, до складу якої входить Лікар та/або Фельдшер (Медична сестра).

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Правила) Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники), за умовами яких гарантує фінансування медичних послуг, медикаментів та предметів медичного призначення певного переліку та якості у об'ємі базової медичної програми, що є невід'ємною частиною цих Правил (Додаток №1 до цих Правил). За згодою Сторін умови базової програми страхування можуть бути змінені щодо переліку страхових ризиків, виключень з страхових випадків, обмежені в страхуванні та інших умовах програми страхування. Конкретні умови програми страхування визначаються в договорі

страхування за згодою Сторін.

1.2. Страхувальник може укласти договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) відносно себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У разі, коли договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Обмеження страхування: не укладаються договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) фізичних осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I -III груп, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Конкретний перелік обмежень страхування визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

1.4. Асистуюча компанія - компанія, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування договорів страхування в частині організації та фінансування медичних послуг у обсязі страхових медичних програм, якщо це передбачено умовами договору страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

3.1. Страховим ризиком за даними Правилами є певна подія, на випадок якої проводиться страхування, і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є захворювання, травматичне пошкодження або інше порушення здоров'я Застрахованої особи, що призвело до необхідності звернення останньої до медичного закладу.

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

3.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу, фармацевтичної компанії, передбачених договором страхування, або запропонованого Асистуючою компанією (якщо у договорі визначено, що медична допомога здійснюється через таку компанію), з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку за отриманням консультативної, профілактичної чи іншої допомоги, що потребує надання медичних послуг, медикаментів та предметів медичного призначення у межах їх переліку, передбаченого договором страхування, згідно з вибраною страховою медичною програмою.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

4.1. Подія не визнається страховим випадком, якщо:

4.1.1. Страхувальник (Застрахована особа) вчинив дії, у яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину або хуліганства, що спричинили адміністративну чи кримінальну відповідальність, та якщо подія є наслідком навмисних дій, наміру або необережності Страхувальника (Застрахованої особи), що призвели до настання страхового випадку;

4.1.2. Страхувальник (Застрахована особа) вчинив спробу самогубства або травмував себе навмисно, незалежно від його психічного стану;

4.1.3. подія, пов'язана з стихійними явищами, військовими діями, маневрами та іншими різного роду воєнними діями або військовими заходами та їх наслідками, заколотами, революцією, повстанням або громадянськими заворушеннями, внутрішнім безладдям, страйками, локаутами, робітничими та іншими вуличними безпорядками, а також діями учасників зазначених подій, терористичними актами, будь-якими діями терористів та осіб, що діяли з політичних або релігійних мотивів, застосуванням бактеріологічної зброї і зброї психотропної дії, прямим або непрямим впливом радіації або радіаційним забрудненням у зв'язку з будь-яким застосуванням атомної енергії та користуванням радіаційними матеріалами, викликане довільним ядерним

паливом, радіоактивне отруєння, радіоактивна, токсична, вибухова чи в іншому відношенні небезпечна властивість довільної вибухової ядерної сполуки чи її ядерного компонента;

4.1.4. подія пов'язана з медичними послугами, у яких виникла необхідність у зв'язку з вживанням алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, не призначених лікарем ліків, або наслідками їх вживання, в тому числі з травмами і отруєннями;

4.1.5. подія пов'язана з патологічними переломами кісток, що викликані вродженими або набутими організмом фізичними вадами чи хронічними хворобами;

4.1.6. подія пов'язана з лікуванням і діагностикою уроджених хвороб або їх наслідків;

4.1.7. медичний заклад (заклад охорони здоров'я) або лікар, що має право займатися приватною практикою, не підтвердить медичним документом (амбулаторною карткою або випискою з історії хвороби) наявність страхового випадку в період дії договору страхування;

4.1.8. подія пов'язана з хронічними захворюваннями, їх загостреннями або ускладненнями, якщо хронічні захворювання мали місце ще до укладення договору страхування (включаючи всі стоматологічні захворювання), за винятком випадків, коли їх загострення становить загрозу життю Страхувальника (Застрахованої особи).

4.2. Згідно цими Правилами страховими випадками не визнаються звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до закладів охорони здоров'я або до Асистуючої компанії, Страховика чи Медичного закладу (якщо це передбачено договором страхування), пов'язані з:

4.2.1. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані закладом охорони здоров'я (медичним закладом) впродовж першого місяця після набуття чинності договору страхування;

4.2.2. новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз установлений закладом охорони здоров'я (медичним закладом) впродовж строку, який встановлено договором страхування (з урахуванням умов пункту 4.6. цих Правил) та якщо інше не передбачено договором страхування;

4.2.3. хворобою, на яку Страхувальник (Застрахована особа) захворів до набуття чинності договору страхування, за винятком загострення хронічних захворювань, при яких виникла загроза життю Страхувальника (Застрахованої особи);

4.2.4. вродженими вадами;

4.2.5. захворюваннями, які пов'язані з вагітністю та пологами, якщо інше не передбачено договором страхування, за винятком станів, при яких виникла загроза життю матері або плоду, та крім позаматкової вагітності;

4.2.6. захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;

4.2.7. захворюванням на туберкульоз;

4.2.8. захворюванням на лепру.

4.3. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо мали місце:

4.3.1. косметичні та пластичні операції і процедури (за винятком умов, що визначені пунктом 4.9. цих Правил);

4.3.2. самостійне придбання ліків і допоміжних медичних засобів без попереднього погодження із Асистуючою компанією або Страховиком;

4.3.3. проведення діагностики і лікування хвороб, що передаються статевим шляхом, а також хвороб, що відносяться до ВІЛ, включно зі СНІДом;

4.3.4. застосування нетрадиційних методів лікування.

4.4. Сторони по договору страхування звільняються від відповідальності за часткове або неповне виконання обов'язків за договором страхування, якщо воно є наслідком обставин надзвичайного характеру, що виникли після його укладення і які сторони по договору страхування не могли ні передбачити, ні запобігти їм, на час дії цих обставин. Обставинами надзвичайного характеру є: військові дії, стихійні явища, громадські безладдя, вплив ядерної енергії та інші, що передбачені підпунктом 4.1.3. пункту 4.1. цих Правил.

4.5. На страхування не приймаються особи віком до 2 (двох) місяців та після 75 (сімдесятьох п'яти) років, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.6. На умовах цих Правил Страховик несе відповідальність по відшкодуванню витрат з надання медичної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) лише до моменту встановлення

точного діагнозу, якщо такий діагноз є виключенням із страхових випадків або відноситься до обмежень страхування згідно з умовами цих Правил та/або договору страхування. З моменту встановлення закладом охорони здоров'я (медичним закладом) точного діагнозу, який є виключенням із страхових випадків або обмеженням страхування, Страховик, в подальшому, не несе відповідальності по відшкодуванню медичних витрат, що пов'язані з лікуванням чи наданням інших медичних послуг по встановленому діагнозу, а також наслідкам такого лікування чи наданих інших медичних послугах.

4.7. Якщо це передбачено договором страхування, то при настанні страхового випадку, що виник через розлад здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку, то Страховик несе відповідальність по відшкодуванню медичних витрат, що пов'язані з необхідністю пластичного хірургічного втручання, але в межах відповідного ліміту відповідальності, який визначено в договорі страхування.

4.8. Договором страхування можуть бути передбачені також інші виключення із страхових випадків.

4.9. Будь-яке з обмежень, що передбачені у пунктах 4.1-4.8. цих Правил, може бути знято при укладанні договору страхування за згодою сторін по договору страхування.

4.10. Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримані медичні послуги, медикаменти та предмети медичного призначення, які не передбачені цими Правилами, програмою страхування та договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги (медикаменти та предмети медичного призначення) у медичних закладах (фармацевтичних компаніях), не передбачених договором страхування без попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією).

У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі документів, наданих медичним закладом (фармацевтичною компанією).

5. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) укладається на строк до 1 року, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Конкретний строк дії договору страхування визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

5.2. Підставою для укладання договору страхування є заява Страхувальника у письмовій або іншій формі. 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 всю необхідну інформацію за вимогою Страховика щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається договір та інше. Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування якої укладається договір.

5.3. Договір страхування складається українською чи російською мовою у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і зберігаються (по одному примірнику) у кожній із Сторін. При укладанні договору медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання договору страхування або інші документи та рекламні матеріали щодо умов договору страхування. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, що є формою договору страхування.

5.4. Договір медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) набуває чинності з дати внесення Страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності:

5.4.1. У разі сплати страхової премії готівкою - з 00 годин дня, наступного за днем сплати премії одноразово або першої її частини;

5.4.2. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня, наступного за днем надходження премії (одноразової або першої її частини) на розрахунковий рахунок Страховика. Страховик зобов'язаний протягом трьох робочих днів після надходження страхової

премії на свій розрахунковий рахунок повідомити Страхувальника про дату набуття чинності договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

Договором страхування може передбачатися також інший порядок набуття їм чинності. Конкретний порядок набуття договором страхування чинності визначається в договорі страхування за згодою Сторін

5.5. Місцем дії договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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

6.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування. Для кожної страхової медичної програми Страховик має право встановлювати мінімальний рівень страхової суми, виходячи з розміру фактичної вартості медичних послуг або передбачати інші варіанти визначення страхової суми за згодою Сторін.

Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) - грошова сума, яку сплачує Страхувальник Страховику за те, що останній зобов'язується згідно умов договору страхування здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми, на підставі базового страхового тарифу, що визначається згідно з Додатком № 2 до цих Правил та корегується залежно від програми страхування, передбаченої в договорі страхування за згодою Сторін за допомогою корегуючи коефіцієнтів, передбачених у Додатку № 2 до цих Правил.

6.2. Страхова премія сплачується у строки та у порядку, які визначені договором страхування.

6.3. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика, або використати безготівкові форми розрахунків. Конкретний порядок та строки сплати страхового платежу визначаються в договорі страхування за згодою Сторін.

6.4. Договором страхування можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика по окремим видам медичних послуг (групам медикаментів та предметів медичного призначення).

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. **Страхувальник має право:**

7.1.1. Достроково припинити дію договору страхування.

7.1.2. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається додаткова угода до діючого договору страхування з врахуванням умов розділу 8 цих Правил, що є його невід'ємною частиною.

7.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов договору страхування, цих Правил та чинного законодавства.

7.1.4. Вимагати надання та оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах, передбачених договором страхування.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. Сплачувати страхову премію в обсягах та в строки, що обумовлені договором страхування.

7.2.2. Інформувати Страховика на протязі строку дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

7.2.3. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, інші відомості, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

7.2.4. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це із Страховиком до отримання цих послуг. Якщо договором страхування передбачена організація надання та фінансування медичних послуг через Асистуючу компанію, то медичний заклад для отримання медичних послуг та обсяг медичних послуг узгоджується з Асистуючою компанією.

7.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмету

договору страхування.

7.2.6. Повідомити Асистуючу компанію (Страховика) про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

7.3. Страховик має право:

7.3.1. Під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, про страхування якої укладається договір страхування, та за результатами приймати рішення щодо укладення договору страхування.

7.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію.

7.3.3. Надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку.

7.3.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках передбачених договором страхування, цими Правилами та законом.

7.3.5. 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 строк та у встановленому договором страхування обсязі.

7.3.6. Відкласти прийняття рішення про страхову виплату або здійснення страхової виплати на строк не більше 90 днів у разі появи обґрунтованих сумнівів, щодо причин та обставин страхового випадку.

7.4. Страховик зобов'язаний:

7.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

7.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений умовами страхування строк (після одержання усіх, належним чином оформлених, необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та оформлення страхового акту). Якщо Застрахована особа одержала платні медичні послуги в медичному закладі, з яким Страховик не має договірних відносин, за попереднім погодженням з Страховиком (Асистуючою компанією), та оплатила вартість цих послуг самостійно, їй здійснюється виплата в строк, передбачений умовами договору страхування, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені, розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

7.4.3. Не розголошувати відомостей про Страхувальник та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

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

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема вона зобов'язана дотримуватися приписів лікаря, повідомляти про настання страхового випадку. Конкретний перелік прав та обов'язків Сторін визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

7.7. При укладанні договору страхування Застрахована особа надає право персоналу медичного закладу надавати Страховику всю необхідну йому інформацію стосовно страхового випадку без будь-яких обмежень.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою Сторін.

8.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено умовами договору.

8.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого

договору страхування та є його невід'ємною частиною. Односторонні зміни умов договору страхування не допускаються, якщо інше не передбачено за згодою сторін у договорі страхування.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

9.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані негайно (протягом 24 годин) вжити всіх можливих та доцільних заходів для запобігання та зменшення розміру можливих збитків, усуненню причин, які сприяють виникненню додаткових збитків.

9.2. При настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний протягом 24 годин:

9.2.1. звернутися в диспетчерську службу Асистуючої компанії (Страховика) за номером телефону, вказаному в договорі страхування, та повідомити про:

- серію і номер договору страхування або страхового свідоцтва (полісу, сертифікату), назву Страховика;

- прізвище, ім'я, по-батькові Страхувальника (Застрахованої особи);

- місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи) на момент настання страхового випадку;

- обставини випадку та характер необхідної допомоги.

9.2.2. дотримуватись вказівок Асистуючої компанії (Страховика, Медичного закладу) щодо організації і отримання Страхувальником (Застрахованою особою) медичної допомоги та інших медичних послуг, що передбачені договором страхування;

9.2.3. за вимогою Страховика дозволити лікареві Страховика ознайомитися з медичною документацією або провести огляд Страхувальника (Застрахованої особи), звільнивши при цьому лікарів, що лікують (лікували) Страхувальника (Застраховану особу), від обов'язку збереження лікарської таємниці;

9.2.4. за вимогою Страховика та за його рахунок провести додаткові медичні та клінічні обстеження в зазначеному ним закладі охорони здоров'я (Медичному закладі). Якщо виявиться, що Страхувальник (Застрахована особа) діяв з метою обману, то всі витрати за додаткове медичне обстеження він несе самостійно;

9.2.5. якщо цього потребують обставини настання страхового випадку (події, яка має ознаки страхового випадку), що стався внаслідок нещасного випадку, негайно, протягом 24 годин з моменту настання такої події, повідомити відповідні компетентні органи, установи, організації чи служби, які уповноважені розслідувати та/або реагувати на дану подію, та забезпечити наявність документів, що підтверджують настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), його причини та розмір збитків;

9.2.6. вжити всіх можливих і необхідних заходів для зменшення розміру збитку;

9.2.7. вжити заходів для одержання відповідних документів, що підтверджують страховий випадок (подію, що має ознаки страхового випадку);

9.2.8. сприяти Страховику в судовій справі про відшкодування збитків по страховому випадку;

9.2.9. сприяти Страховику в розслідуванні обставин страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);

9.2.10. надати Страховику всю доступну Страхувальнику інформацію і документацію, яка дозволить Страховику зробити висновок щодо причин, дій і наслідків страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), про характер та розмір збитку;

9.2.11. забезпечити Страховику (його представнику), на його вимогу, вільний доступ до документів, які мають значення та відношення для визначення обставин, характеру та розміру збитку;

9.2.12. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) та розмір збитків;

9.2.13. виконувати розпорядження і рекомендації Страховика, Асистуючої компанії чи Медичного закладу або їх уповноважених представників;

9.2.14. виконувати інші дії при настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку), які передбачені цими Правилами та/або договором страхування.

9.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не може у зв'язку зі станом здоров'я здійснити заходи, що передбачені пунктами 9.2. та 9.4. цих Правил, то їх повинна виконати особа, уповноважена Страхувальником (Застрахованою особою).

9.4. В разі, якщо при настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) Страхувальник (Застрахована особа) не має змоги зв'язатися з Асистуючою компанією, то Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний звернутися до Страховика та повідомити інформацію, зазначену в підпункті 9.2.1. пункту 9.2. цих Правил.

9.5. Якщо інше не передбачено договором страхування, то в разі, якщо при настанні страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку) Страхувальник (Застрахована особа) не мав змоги на момент настання такого випадку зв'язатися з Асистуючою компанією чи Страховиком та самостійно звернувся до закладів охорони здоров'я, або якщо Страхувальника (Застраховану особу) доставляють до закладів охорони здоров'я силами швидкої медичної допомоги (або іншим чином: попутці, таксі і т.ін.) для надання невідкладної медичної допомоги, то Страхувальник (Застрахована особа) або його уповноважений представник при першій наявній можливості повинні негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин з моменту звернення до закладу охорони здоров'я або госпіталізації, повідомити Страховика:

- про настання страхового випадку та місцезнаходження Страхувальника (Застрахованої особи);

- серію і номер договору страхування або страхового свідоцтва (полісу, сертифікату);
- прізвище, ім'я, по-батькові Страхувальника (Застрахованої особи);
- обставини настання страхового випадку (події, що має ознаки страхового випадку);
- характер, розмір отриманої допомоги;
- характер подальшої необхідної допомоги.

9.6. Якщо це безпосередньо передбачено умовами договору страхування, то Страхувальник (Застрахована особа) при захворюванні або розладі здоров'я можуть звертатися безпосередньо до Медичного закладу, що визначений у договорі страхування, для отримання необхідної медичної допомоги або відповідних медичних послуг, але в межах, які визначені (передбачені) договором страхування.

9.7. Для отримання страхової виплати, Страхувальник (Застрахована особа) чи спадкоємці Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), повинні подати Страховику заяву про страхову виплату (пункт 9.10. цих Правил), а також документи, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати (пункт 9.8. цих Правил).

9.8. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати:

9.8.1. договір страхування та/або страхове свідоцтво (поліс, сертифікат);

9.8.2. пред'явити документ, який засвідчує особу Страхувальника (Застрахованої особи) або його спадкоємців та підтверджують їх законні права;

9.8.3. калькуляцію (розрахунок) понесених витрат – у довільній формі;

9.8.4. первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, інші медичні документи, що підтверджують настання страхового випадку, діагноз, перелік медичних послуг (видів лікування, діагностики, використаних медикаментів тощо), що надавались, та термінів лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою закладу охорони здоров'я (лікаря, що займається приватною практикою);

9.8.5. довідки лікарів, закладів охорони здоров'я з визначенням діагнозу та призначеними у зв'язку з цим медичними послугами та медикаментами;

9.8.6. перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість, рецепти з печаткою, де вказані прізвище лікаря, найменування призначених ліків;

9.8.7. чеки фармацевтичних установ у тому випадку, якщо необхідні медикаменти та матеріали прописані лікарем і надані Страхувальнику (Застрахованій особі) Аптекою, що має договірні відносини із Асистуючою компанією (Страховиком), рахунки, чеки, квитанції, товарні накладні, акти про виконання робіт, надані послуги із зазначенням дати, переліку, опису і їх

вартості та інші необхідні платіжні документи, що підтверджують розмір витрат за надані медичні послуги та сплату цих послуг Страхувальником (Застрахованою особою);

9.8.8. довідки закладів охорони здоров'я, що засвідчують терміни тимчасової непрацездатності (в т.ч. листки непрацездатності);

9.8.9. документи, що підтверджують витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) з метою запобігання або зменшення розмірів збитку, якщо відшкодування таких витрат передбачено договором страхування;

9.8.10. у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) здійснював самостійно оплату медичних послуг або медикаментів, з урахуванням умов пункту 9.5. цих Правил, документи, що підтверджують понесені Страхувальником (Застрахованою особою) витрати (фіскальний чек (касову квитанцію) про сплату отриманих медичних послуг, рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу, про сплату отриманих медикаментів (в разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів додатково надається товарний чек) і т.ін.);

9.8.11. відповідні акти розслідувань нещасних випадків (при необхідності);

9.8.12. рішення судів (при наявності судового провадження), документи щодо обставин і причини виникнення страхової події та розміру збитку, отримані від правоохоронних, податкових, банківських органів, місцевих органів влади, висновків експертів та спеціалізованих організацій, установ, які діють на підставі відповідних дозволів (ліцензій) – юридичні, консультаційні тощо, якщо отримання таких документів є необхідним;

9.8.13. протоколи, постанови, рішення, акти, вироки, видані відповідними компетентними (уповноваженими) державними органами (посадовими особами), у яких зазначені обставини і причини виникнення страхової події, розмір збитку або понесених витрат – при необхідності;

9.8.14. у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), копію свідоцтва про смерть, виданого відповідним державним органом реєстрації актів громадянського стану, довідку з закладу охорони здоров'я про причини смерті, а у випадку оголошення його померлим або визнання безвісно відсутнім – судові рішення, яке набрало законної сили – подається спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи);

9.8.15. документи, що підтверджують право на спадщину, а також посвідчують особу та містять відомості про спадкоємців (П.І.Б., місце проживання, паспортні дані тощо) – подається спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи);

9.8.16. інші документи, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати, за вимогою Страховика.

Копії документів, що подаються Страховику повинні бути засвідчені у встановленому чинним законодавством України порядку.

9.9. Конкретний перелік документів, відповідно до пункту 9.8. цих Правил, на підставі яких здійснюється страхова виплата, визначається Страховиком при з'ясуванні причин і обставин страхового випадку (події, що має ознаки страхової) та розміру збитків.

9.10. Заява про страхову виплату подається Страховику за формою, що встановлена Страховиком або, якщо ним такої форми не встановлено, у довільній формі.

9.10.1. Страховик зобов'язаний надавати консультаційну допомогу заявнику при складанні заяви про страхову виплату.

9.11. Заява про страхову виплату подається Страховику не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати закінчення лікування, якщо інше не передбачено договором страхування. Документи, які зазначені у пункті 9.8. цих Правил, подаються Страховику разом з заявою про страхову виплату. Якщо документи, які зазначені у пункті 9.8. цих Правил, видаються відповідними компетентними органами, установами чи організаціями, то такі документи надаються Страховику після їх отримання від таких компетентних органів, установ чи організацій не пізніше 2 (двох) робочих днів з дня їх отримання Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи).

9.12. Несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитків та є необхідними для здійснення страхової виплати, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

9.13. У відношенні до кожного страхового випадку по договору страхування за згодою сторін по договору страхування може бути передбачена заміна переліку всіх або частини

документів, що підтверджують настання страхового випадку (пункт 9.8. цих Правил). Страховик має право звільнити Страхувальника (Застраховану особу) або його спадкоємців від обов'язку надавати частину документів із вищезазначеного переліку документів чи зобов'язати надати інші документи, що не передбачені переліком пункту 9.8. цих Правил, якщо це передбачено договором страхування.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір збитку та є необхідними для здійснення страхової виплати (Розділ 9 цих Правил), якщо інше не передбачено договором страхування.

10.2. Рішення про здійснення страхової виплати оформлюється Страховим актом, який складається Страховиком у формі, що визначається Страховиком.

10.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком не пізніше 10 (десяти) робочих днів з моменту підписання Страхового акту, що складається Страховиком.

10.4. Страхова виплата виплачується відповідно до умов договору страхування шляхом відшкодування вартості наданих медичних послуг Асистуючій компанії, Медичному закладу або безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) чи спадкоємцям Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), але не більше страхової суми, відповідних лімітів відповідальності, що встановлені договором страхування, а також з урахуванням положень пунктів 10.5.-10.13. цих Правил та інших умов цих Правил та/або договору страхування.

10.5. Страхова виплата Асистуючій компанії та Медичному закладу проводиться у порядку та терміни, що передбачені у відповідних договорах (угодах, контрактах), які укладені між Страховиком та Асистуючою компанією або між Страховиком та Медичним закладом.

10.6. У разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) здійснював самостійно оплату медичних послуг або медикаментів, з урахуванням умов пункту 9.5. цих Правил, страхова виплата здійснюється безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) чи спадкоємцям Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи). Розмір страхової виплати розраховується виходячи із розміру фактично понесених Страхувальником (Застрахованою особою) витрат на підставі відповідних підтверджуючих документів, але в межах страхової суми та відповідних лімітів відповідальності, які передбачені договором страхування.

10.7. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), що встановлена договором страхування для цієї Застрахованої особи.

10.7.1. Загальна сума виплат по всім Застрахованим особам за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми (ліміту відповідальності), що встановлена договором страхування.

10.8. Страхова виплата виплачується лише в розмірі завданого збитку в межах страхової суми (відповідних лімітів відповідальності).

10.9. Страхова виплата не проводиться, якщо збитки або витрати не зумовлені страховим випадком.

10.10. Якщо при укладанні договору страхування Страхувальнику надана розстрочка на внесення страхової премії, то Страховик при здійсненні страхової виплати утримує невнесену частину страхової премії.

10.11. У випадку одержання Страхувальником (Застрахованою особою) часткового відшкодування збитку від особи, винної в його заподіянні, що менше належної йому страхової виплати, то страхова виплата здійснюється Страховиком за вирахуванням сум, отриманих Страхувальником (Застрахованою особою) від особи, винної в заподіянні збитку.

10.12. Страхова виплата сплачується із вирахуванням сум, одержаних Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), в порядку відшкодування заподіяного збитку від осіб, відповідальних за збиток. У випадку, коли це відшкодування отримано Страхувальником

(Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), після одержання від Страховика страхової виплати, то страхова виплата (її частина), яка виплачена Страховиком, повинна бути повернута Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), на поточний рахунок Страховика в розмірі, що відповідає розміру отриманого Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), відшкодування від осіб, відповідальних за збиток, протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання Страхувальником (Застрахованою особою) чи спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), зазначеного відшкодування.

10.13. Витрати, які понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, відшкодовуються Страховиком, якщо це передбачено умовами договору страхування.

10.14. Після здійснення страхової виплати за договором страхування до Страховика в межах фактичних витрат переходить право вимоги (регресу), яке Страхувальник (Застрахована особа), мав до особи, відповідальної за настання страхового випадку. Передача прав вимоги Страховику з боку Страхувальника (Застрахованої особи) не звільняє останнього від прийняття всіх можливих заходів по зменшенню збитку (витрат).

10.15. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) відмовиться від права одержання відшкодування збитку від особи, винної в його заподіянні, Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у відшкодуванні збитку частково або повністю.

10.16. У разі здійснення страхової виплати Страховик продовжує нести відповідальність по договору страхування до кінця строку його дії в межах різниці між відповідною страховою сумою (лімітом відповідальності), обумовленою договором страхування, і сумою страхової виплати, що була сплачена.

10.17. Страхувальник (Застрахована особа) чи спадкоємці Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), зобов'язаний повернути Страховику одержану страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) чи спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи), у випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи), права на страхову виплату.

10.18. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором страхування, якщо інше не передбачено чинним законодавством України.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ТА СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Підставами для прийняття рішення Страховиком щодо відмови в здійсненні страхової виплати є:

11.2. навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи) або спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) спрямовані на настання страхового випадку. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) або спадкоємців Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.3. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) злочину, що призвів до страхового випадку;

11.4. подання Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, а також неповної інформації про обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику. Під поданням свідомо неправдивих відомостей сторони розуміють:

- 1) подання відомостей та документів Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страхувальника (Застрахованої особи), які не відповідають дійсності;
- 2) неподання Страховику Страхувальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями

Страховальника (Застрахованої особи) відомостей та документів, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог;

11.5. подання Страховальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страховальника (Застрахованої особи) Страховику свідомо неправдивої інформації та документів, які мають бути надані відповідно до встановлених Страховиком вимог, в тому числі з метою завищення суми страхової виплати;

11.6. отримання Страховальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страховальника (Застрахованої особи) повного відшкодування збитків (витрат) від особи, винної у їх заподіянні;

11.7. несвоєчасне повідомлення Страховальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин та/або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків, а також у реалізації права вимоги (регресу) по відношенню до особи, винної у настанні страхового випадку або завданні витрат;

11.8. не усунення Страховальником (Застрахованою особою) протягом узгодженого з Страховиком строку обставин, які помітно підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик письмово сповіщав Страховальника (Застраховану особу) або несплати додаткової премії за підвищення ступеню ризику;

11.9. не подання Страховальником (Застрахованою особою) або спадкоємцями Страховальника (Застрахованої особи) у випадку його смерті (відповідно до умов договору страхування та/або цих Правил) документів, які необхідні Страховику для прийняття рішення щодо здійснення страхової виплати, або несвоєчасне та не в повному обсязі подання документів, що підтверджують настання страхового випадку, розмір понесених витрат та є необхідними для здійснення страхової виплати;

11.10. порушення Страховальником (Застрахованою особою) умов договору страхування та/або цих Правил;

11.11. інші випадки, що передбачені чинним законодавством України, цими Правилами та/або умовами договору страхування, які не суперечать чинному законодавству України.

11.12. Страховик звільняється від відшкодування витрат, які виникли внаслідок того, що Страховальник (Застрахована особа) навмисно не вживав розумних, посильних та доцільних заходів, необхідних для зменшення розміру можливих витрат, якщо це передбачено договором страхування.

11.13. Договором страхування може бути передбачено, що при відмові Страховальника (Застрахованої особи) від права вимоги (регресу), яке Страховальник (Застрахована особа), мав до особи, відповідальної за настання страхового випадку чи заподіяні витрати, або здійснення таких прав буде з вини Страховальника (Застрахованої особи) неможливим, то Страховик звільняється в повному обсязі від обов'язку здійснити страхову виплату, а якщо страхова виплата була виплачена, то Страховальник (Застрахована особа) зобов'язаний повернути Страховику отриману виплату.

11.14. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови в здійсненні страхової виплати, якщо такі підстави не будуть суперечити чинному законодавству України.

11.15. Рішення про відмову в здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів з моменту одержання Страховиком заяви про страхову виплату та документів зазначених у розділі 9 цих Правил, та протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляється Страховальнику (Застрахованій особі) або спадкоємцям Страховальника (Застрахованої особи) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови, якщо інше не зазначено в договорі страхування.

12. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

12.1.1. Закінчення строку дії договору страхування;

12.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником та застрахованими особами у повному обсязі;

12.1.3. 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;

12.1.4. У випадку несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановлений договором страхування строк. 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 страхування.

12.1.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України "Про страхування":

а) у разі смерті Страхувальника, який уклав договір медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих;

б) якщо Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника;

в) у разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

12.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

12.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

12.1.8. В інших випадках, передбачених договором страхування та чинним законодавством України.

12.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до пропонуємої дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору страхування та законодавством України.

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

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

12.3.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхову премію, що залишилася до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

Базові страхові медичні програми (перелік медичних послуг)

1. Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у тому числі в денному стаціонарі, з оплатою вартості ліків після закінчення повного курсу амбулаторного лікування.

Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату вартості 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.

2. Програма «Стаціонарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості стаціонарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється на протязі 1 -3 діб з моменту отримання напрямку лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

3. Програма «Швидка медична допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги виїзних загально профільних бригад спеціалістів та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших).

4. Програма «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосуванням нових технологій; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу - лікування карієсу, пульпіту, парадонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургічну допомогу - видалення зуба.

5. Програма «Аптека».

Забезпечення Застрахованої особи медикаментами та предметами медичного призначення для лікування захворювань, що встановлені або загострилися в строк дії договору страхування.

Наведені програми страхування можуть корегуватись у договорі страхування за згодою сторін або застосовуватись комплексно.

Базові страхові тарифи

Нижче наведені річні страхові тарифи для однієї Застрахованої особи у % від страхової суми по відповідній страховій медичній програмі.

Амбулаторно-поліклінічна допомога:

ВІК Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	7	30
16-40	5	40
41-55	6	40
56-65	9	50
більше 65	10	60

Стационарна допомога:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	6	20
16-40	4	15
41-55	6	40
56-65	9	45
більше 65	10	50

Швидка медична допомога:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	2	20
16-40	1	10
41-55	2	20
56-65	6	30
більше 65	8	40

Аптека **Стоматологія:**

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань амнезії, хронічними захворюваннями, % від застрахованої суми
1-15	4	15
16-40	2,5	20
41-55	3	20
56-65	4,5	11
більше 65	5	25

При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії страхового договору рахується за повний):

строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

В кожному конкретному випадку страхові тарифи можуть бути знижені або підвищені із застосуванням корегуючих коефіцієнтів від 0,3 до 3,00 в залежності від:

- категорії медичних закладів, визначених у договорі страхування;
- стану здоров'я особи, що страхується, умов праці, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку.

У будь-якому випадку страховий тариф не може перевищувати 80% від страхової суми. Норматив витрат на ведення справи складає 30% в зазначених тарифах.

Актуарій