

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішенням Правління  
ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП»  
№ 20/12-20 від 14 грудня 2012 року

Голова Правління

 / Д.О. Грицута /

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
«УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ  
«КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП»

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО  
СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

Київ, 2012

## ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВІ ТАРИФИ ТА СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ . ФРАНШИЗА	5
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ	6
6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	10
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	11
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ	12
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	13
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	13
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	13
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	15
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	15
18. ДОДАТОК 1. СТРАХОВІ ТАРИФИ	16

## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. **Асистуюча (сервісна) компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, що виконує спеціалізовані координаційні, диспетчерські, організаційні, консультаційні, транспортні та інші функції, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку та/або виконує безпосереднє надання Застрахованій особі медичної та іншої, передбаченої договором страхування допомоги та організовує її оплату.

1.2. **Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи, та причини виникнення якого ніяк не пов'язані із медичним станом Застрахованої особи, що існував до моменту початку захворювання.

1.3. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

1.4. **Загострення захворювання** – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті та вимагає надання кваліфікованої медичної допомоги.

1.5. **Застрахована особа** – фізична особа, на користь якої (за її згодою) Страхувальником укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

1.6. **Захворювання** – погіршення у Застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання кваліфікованої медичної допомоги. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану та може виступати у формі гострого захворювання, загострення захворювання або ускладнення захворювання.

1.7. **Лікар** – особа із закінченою вищою медичною освітою, яка отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики (диплом про вищу медичну освіту, сертифікат спеціаліста, ліцензію тощо).

1.8. **Лікарські засоби** – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

1.9. **Медична допомога** – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

1.10. **Медичні заклади** – це лікувально-профілактичні установи (ЛПУ), науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, які мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком або представником Страховика укладені договори про надання Застрахованим особам медичної допомоги в обсязі згідно з програмами медичного страхування.

1.11. **Медичний стан** – офіційно визначена лікарем та підтверджена первинною та/або вторинною медичною документацією медична характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи з точки зору необхідності надання їй певного виду медичної або іншої допомоги.

1.12. **Медична евакуація** – транспортування Застрахованої особи із застосуванням спеціально обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу до медичного закладу, де може надаватися кваліфікована медична допомога, якщо необхідність такого транспортування обумовлена медичним станом Застрахованої особи.

- 1.13. **Медичне транспортування** – перевезення Застрахованої особи та супроводжуючої її особи до чи із медичного закладу, якщо цього вимагає медичний стан Застрахованої особи.
- 1.14. **Парамедична допомога** – це допомога, яка впливає на здоров'я фізичних осіб та надається без медичного призначення особою, яка не має професійної медичної освіти.
- 1.15. **Представник Страховика** – особа, яка перебуває із Страховиком у договірних або трудових відносинах і якій Страховик делегував частину своїх зобов'язань та/або прав. Представником Страховика може бути медичний заклад, асистуюча компанія, лікар тощо.
- 1.16. **Програма медичного страхування** – це визначений договором страхування комплекс послуг, який надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.
- 1.17. **Сторони** – Страховик та Страхувальник при спільному використанні у тексті цих Правил.
- 1.18. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.
- 1.19. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
- 1.20. **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.
- 1.21. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.
- 1.22. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.23. **Ускладнення захворювання** – новий медичний стан Застрахованої особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане або не пов'язане з основним захворюванням, для якого доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.
- 1.24. **Фаза ремісії** – період хронічного захворювання Застрахованої особи, який наступив спонтанно або внаслідок надання медичної допомоги, для якого характерно стихання патологічних проявів захворювання, покращення функціонального стану організму та якості життя Застрахованої особи та відсутня безпосередня загроза для працездатності та життя Застрахованої особи.
- 1.25. **Хронічне захворювання** – захворювання Застрахованої особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі за текстом – Правила) розроблені ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП» (далі за текстом – Страховик) відповідно до Закону України «Про страхування», Цивільного кодексу України, інших нормативних актів України та є підставою для укладання договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) на випадок настання перелічених в цих Правилах подій.
- 2.2. За Договором страхування, що укладений відповідно до цих Правил, Страховик за встановлений Договором страхування страховий платіж зобов'язаний здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом оплати вартості медичної допомоги певного переліку та якості в обов'язі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі медичними закладами, до яких вона звернулася під час дії договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання, ускладненням захворювання або розладом здоров'я, внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої

цими Правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медичної допомоги (далі за текстом – медична допомога другорядного значення або парамедична допомога).

2.3. За цими Правилами та згідно з чинним законодавством України Страхувальником може бути юридична або дієздатна фізична особа.

2.4. Загальні умови і порядок здійснення добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) визначаються цими Правилами. Конкретні умови страхування визначаються договором добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі за текстом – Договір страхування).

2.5. Поняття, терміни та назви, що застосовуються у цих Правилах, у деяких випадках супроводжуються відповідним поясненням. Якщо значення будь-якого поняття, терміну або назви окремо не обумовлено цими Правилами або однозначно не випливає з чинного законодавства України, значення такого поняття, терміну або назви використовується у його звичайному лексичному розумінні.

2.6. Положення цих Правил можуть бути змінені (виключені або доповнені) за згодою сторін при укладанні Договору страхування або під час його дії, за умови, що такі зміни не суперечать законодавству.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника або Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3.2. Застрахованими особами за цими Правилами вважаються малолітні, неповнолітні та повністю дієздатні фізичні особи віком до 75 (семидесяти п'яти) років за винятком осіб, зазначених у п.6.5 цих Правил, про страхування яких, за їх згодою, Страхувальником укладено Договір страхування та які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Вікове обмеження може бути зняте за рішенням Страховика при укладанні Договору страхування на особливих умовах.

3.3. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

3.4. При укладанні Договору страхування Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право призначати фізичних або юридичних осіб (далі за текстом – Вигодонабувачі) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3.5. Застрахована особа одночасно є і Вигодонабувачем, якщо в Договорі страхування не призначено в якості Вигодонабувача іншу особу.

### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВІ ТАРИФИ ТА СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА**

4.1. Страхова сума визначається за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування.

4.2. Договором страхування може бути передбачено, що в межах страхової суми встановлюється ліміт відповідальності Страховика (за окремим страховим випадком, за окремими видами медичної та парамедичної допомоги, за патологіями захворювань, в цілому за Договором страхування тощо).

4.3. Страхова сума та/або ліміти відповідальності Страховика можуть бути збільшені протягом строку дії Договору страхування шляхом укладання додаткової угоди/додаткового договору, за умови що таке збільшення відбулося до настання події, що має ознаки страхового випадку.

4.4. Страхова сума за Договором (відповідний ліміт відповідальності Страховика), що зменшений відповідно до умов п. 4.5 цих Правил, може бути поновлений до первинного, що зазначений у Договорі страхування, розміру шляхом укладання додаткової угоди/додаткового договору.

- 4.5. Після прийняття рішення про здійснення страхової виплати страхова сума (ліміт відповідальності Страховика) зменшується на розмір здійсненої страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 4.6. Базові страхові тарифи для страхових випадків, визначених в розділі 5 цих Правил, наведені в Додатку 1 до цих Правил.
- 4.7. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін, в залежності від обраної програми медичного страхування, віку та кількості Застрахованих осіб, стану здоров'я Застрахованих осіб, інших істотних умов Договору страхування.
- 4.8. Норматив витрат Страховика на ведення страхової справи по конкретному Договору страхування визначається в Договорі страхування та не може перевищувати нормативу витрат Страховика на ведення страхової справи, визначеного в Додатку 1 до цих Правил.
- 4.9. Порядок та строки сплати страхового платежу встановлюються Договором страхування.
- 4.10. Страхувальники згідно з укладеними Договорами страхування мають право вносити платежі лише в грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством.
- 4.11. Страховий платіж може бути сплачений готівкою або шляхом безготівкового перерахування на рахунок Страховика (його представника).
- 4.12. В Договорі страхування може бути передбачена франшиза. Розмір та вид франшизи визначається за згодою Страховика і Страхувальника при укладанні Договору страхування.

## **5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

- 5.1. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Страховим ризиком за цими Правилами є раптова і непередбачена зміна стану здоров'я Застрахованої особи, яка вимагає надання цій особі відповідної медичної та/або парамедичної допомоги.
- 5.2. Страховим випадком за цими Правилами визнається мотивоване звернення Застрахованої особи в період та у місці дії Договору страхування за медичною та/або парамедичною допомогою з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.
- 5.3. Обсяг медичної допомоги, який покривається страховим захистом, може включати (конкретний перелік визначається Договором страхування):**
- 5.3.1. **Амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, а саме:**
- 5.3.1.1. консультації лікарів (включаючи вузькопрофільних);
  - 5.3.1.2. діагностичні дослідження (лабораторні, інструментальні, функціональні тощо);
  - 5.3.1.3. медичні процедури та маніпуляції;
  - 5.3.1.4. консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій та/або поліклінік;
  - 5.3.1.5. забезпечення курсу лікування в умовах амбулаторії та/або поліклініки лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення;
  - 5.3.1.6. інша медична допомога, яка надається в умовах амбулаторії та/або поліклініки і передбачена програмою медичного страхування.
- 5.3.2. **Швидку та невідкладну медичну допомогу, а саме:**
- 5.3.2.1. виїзд бригади швидкої допомоги;
  - 5.3.2.2. первинний огляд та встановлення попереднього діагнозу;
  - 5.3.2.3. діагностичні дослідження в умовах надання швидкої допомоги (на місці виклику);
  - 5.3.2.4. екстрені медичні процедури та маніпуляції силами бригади швидкої допомоги;
  - 5.3.2.5. забезпечення курсу невідкладного лікування лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення;
  - 5.3.2.6. медична евакуація до медичного закладу при необхідності госпіталізації;
  - 5.3.2.7. інша медична допомога, яка надається силами бригади швидкої допомоги і передбачена програмою медичного страхування.

### 5.3.3. Стационарну медичну допомогу, а саме:

- 5.3.3.1. консультації лікарів (включаючи вузькопрофільних);
- 5.3.3.2. діагностичні дослідження (лабораторні, інструментальні, функціональні тощо);
- 5.3.3.3. медичні процедури та маніпуляції;
- 5.3.3.4. консервативне та оперативне лікування в умовах стаціонару;
- 5.3.3.5. забезпечення курсу лікування в умовах стаціонару лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення;
- 5.3.3.6. послуги при перебуванні в лікувально-профілактичних установах (харчування, оплата ліжка-дня тощо);
- 5.3.3.7. інша медична допомога, яка надається в умовах стаціонару і передбачена програмою медичного страхування.

### 5.3.4. Стomatологічну допомогу, а саме:

- 5.3.4.1. консультації лікарів-стоматологів;
- 5.3.4.2. діагностичні дослідження;
- 5.3.4.3. терапевтичне та хірургічне лікування;
- 5.3.4.4. знеболювання;
- 5.3.4.5. інша стоматологічна допомога, передбачена програмою медичного страхування.

### 5.4. Медична допомога другорядного значення (парамедична допомога) може включати (визначається Договором страхування):

- 5.4.1. проведення комплексу превентивних заходів, спрямованих на запобігання виникнення захворювань;
  - 5.4.2. проведення комплексу реабілітаційних заходів та лікувально-фізичних комплексів (фізіотерапевтичне лікування, бальнеологічне лікування тощо);
  - 5.4.3. надання Застрахованій особі індивідуального дієтичного та/або посиленого харчування при її перебуванні в медичному закладі;
  - 5.4.4. поліпшені побутові умови перебування Застрахованої особи у клініці (одномісна наліта, телевізор, холодильник, кондиціонер, телефон, окремий санвузол тощо);
  - 5.4.5. медичну евакуацію та/або медичне транспортування Застрахованої особи.
- 5.5. Договором страхування можуть передбачатись інші види парамедичної допомоги, які відшкодовуються Страховиком.

5.6. Перелік та обсяг медичної та парамедичної допомоги з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, які відшкодовує Страховик, погоджуються сторонами при укладанні Договору страхування.

## 6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховиком за цими Правилами не відшкодовуються, якщо інше не передбачено Договором страхування, будь-які витрати, понесені внаслідок:

- 6.1.1. участі Застрахованої особи у всякого роду військових діях чи військових заходах, незалежно від того оголошено війну чи ні (війна, вторгнення, ворожі акти або військові дії, громадянська війна, страйк чи громадське заворушення, заколот, військове або народне повстання, бунт, революція, громадське заворушення в масштабах або з кількістю учасників, що може бути прирівняне до повстання, узурпація влади, введення військової влади або військового положення або стану облоги, будь-які військові маневри, навчання або інші військові заходи);
- 6.1.2. терористичних актів;
- 6.1.3. прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення.

6.2. Страховик не відшкодовує, якщо інше не передбачено Договором страхування, витрати на:

- 6.2.1. профілактичне, підтримуюче або замісне лікування хронічних захворювань будь-якого типу в фазі ремісії, вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних порушень;

- 6.2.2. лікування гострих захворювань та/або загострень захворювань та/або ускладнень захворювання та/або розладів здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, що виникли до моменту укладення Договору страхування та продовжуються на момент укладення Договору страхування;
- 6.2.3. лікування туберкульозу та його наслідків;
- 6.2.4. отриманням медичної допомоги з приводу ВІЛ-інфікування, СНІДу та медичних станів, пов'язаних із ВІЛ-інфікуванням;
- 6.2.5. лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом;
- 6.2.6. косметичні, пластичні, реконструктивні операції та витратні матеріали і одноразовий інструментарій для їх виконання (в т.ч. герніопластика кил, ринопластика тощо), операції на серці та судинах; операції по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад та дефектів, всі види протезування та/або імплантації, корекцію ваги, процедури та засоби, пов'язані з корекцією вору та/або слуху, видалення колоїдних рубців;
- 6.2.7. лікування захворювань органів репродуктивної сфери (порушень менструального циклу, безпліддя, імпотенції, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, полікістозу яєчників, клімактеричного синдрому, синдрому виснаження яєчників, гіперандрогенії, гіперпролактинемії тощо) та підбору методів контрацепції (у тому числі введення і видалення ВМС, стерилізація);
- 6.2.8. лікування деструктивних та інших захворювань опорно-рухового апарату, що призводять до стійкого порушення функцій руху;
- 6.2.9. лікування епідемічних та пандемічних хвороб, за виключенням ГРВІ;
- 6.2.10. лікування дерматологічних та грибкових захворювань;
- 6.2.11. лікування психічних захворювань, а також пов'язаних з ними травматичних пошкоджень;
- 6.2.12. лікування сонячних опіків, алергічних дерматитів, викликаних впливом ультрафіолетового випромінювання;
- 6.2.13. придбання біологічно активних добавок, стимуляторів загальної дії, ензимів загальної дії, про- та еубіотиків, бактеріофагів, антигомтоксичних препаратів, адаптогенів, гепатопротекторів, препаратів які запобігають каменеутворенню, засобів догляду, косметологічних засобів, дезінфікуючих засоби, препаратів, які оподатковувані ПДВ тощо;
- 6.2.14. лікарські обмеження, які не пов'язані з погіршенням стану здоров'я Застрахованої особи, включаючи медкомісії водіїв, допризовників, для отримання дозволу на придбання зброї, отримання довідок для відвідування басейну, санаторно-курортної карти тощо.
- 6.3. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Договором страхування, витрати, пов'язані зі зверненням Застрахованої особи за отриманням медичної допомоги з приводу:**
- 6.3.1. медичного стану, що спричинений виробничим травматизмом та (або) професійним захворюванням Застрахованої особи;
- 6.3.2. вагітності та медичного стану, безпосередньо пов'язаного із вагітністю, крім випадків переривання вагітності за медичними показаннями, включаючи позаматкову вагітність;
- 6.3.3. онкологічного захворювання та/або медичного стану, безпосередньо пов'язаного із онкологічним захворюванням Застрахованої особи незалежно від терміну первісного виявлення цього захворювання;
- 6.3.4. медичних станів, викликаних свідомим спричиненням Застрахованою особою собі шкоди, в тому числі спробою самогубства, відмовою від лікування, недотриманням або порушенням призначень медичного персоналу або лікувального режиму, зміною за бажанням Застрахованої особи (всупереч рекомендаціям лікаря) медичних технологій, які використовуються при лікуванні як основного захворювання так і його ускладнень, самолікування, або лікування у медичному закладі та/або у окремих лікарів всупереч рекомендаціям представника Страховика та/або лікуючого лікаря;

- 6.3.5. медичних станів, які є наслідками вживання наркотичних та/або токсичних речовин або алкоголю та/або виникли внаслідок роботи Застрахованої особи в побуті та/або на виробництві у стані алкогольного та/або наркотичного сп'яніння;
- 6.3.6. придбання органів, які трансплантуються, їх пошуку та доставки, а також оплати донорів та трансплантологічних операцій;
- 6.3.7. захворювань або розладів здоров'я внаслідок нещасних випадків, по яких Застрахованій особі встановлена група інвалідності (крім випадків лікування до моменту встановлення інвалідності вперше в період дії Договору).
- 6.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Договором страхування:
- 6.4.1. медичну допомогу, що включає використання методів нетрадиційної медицини (фітотерапія, гомеопатія, акупунктура, гідропродури, діагностика та лікування по Фолю/Накатані, мікрохвильова та (або) інформаційна терапія, сферентні методи, гіпноз тощо);
- 6.4.2. медичну допомогу, яка надається фізичним особам на безоплатній основі згідно діючого законодавства;
- 6.4.3. медичну допомогу, яку отримала Застрахована особа без погодження її обсягу зі Страховиком.
- 6.5. При укладанні Договору страхування Страховик має право передбачити обмеження відносно певної категорії фізичних осіб або відмовити в укладанні Договору страхування таких осіб, а саме:
- 6.5.1. осіб, які на момент укладання Договору страхування перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах та ін.;
- 6.5.2. осіб, які проходять службу у Збройних силах України або працюють в правоохоронних структурах, в тому числі у складі державної охорони, у воєнізованій пожежній охороні або у недержавних охоронних структурах;
- 6.5.3. осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі;
- 6.5.4. ВІЛ – інфікованих або хворих на СНІД осіб;
- 6.5.5. інвалідів I-II груп та/або інвалідів дитинства;
- 6.5.6. осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.
- 6.6. Договір страхування може передбачати відмінні від вище зазначених виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать законодавству. За погодженням сторін на особливих умовах можуть бути застраховані окремі виключення зі страхових випадків, наведені в цьому розділі.

## **7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 7.1. Строк дії Договору страхування згідно з цими Правилами визначається за згодою сторін та вказується в Договорі страхування.
- 7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.3. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині 00 хвилин дня, зазначеного в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування. Якщо у Застрахованої особи виникло гостре захворювання, загострення захворювання, ускладнення захворювання або розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку під час строку дії Договору страхування та продовжується після закінчення строку його дії, Страховик продовжує виконувати всі свої зобов'язання (в межах страхової суми або ліміту відповідальності Страховика) щодо Застрахованої особи до повного її одужання або переходу захворювання в фазу ремісії, але не більше 3 місяців, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, після дати закінчення дії Договору страхування.
- 7.4. Договором страхування для окремих видів медичної та парамедичної допомоги, для окремих захворювань або класів хвороб може встановлюватись період очікування (відстрочення початку дії зобов'язань Страховика).
- 7.5. Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, поширюється на територію України, якщо у Договорі страхування не обумовлено інше місце його дії.

## 8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. У разі заповнення бланку заяви Страхувальник повинен відповісти на всі запитання, поставлені у заяві. Заповнення заяви не зобов'язує сторони до укладення Договору страхування.

8.2. У разі укладення Договору страхування щодо страхування третьої особи (Застрахованої особи) необхідна згода цієї особи, а у разі укладання договору про страхування малолітньої або неповнолітньої особи – згода її батьків або опікунів (інклувальників).

8.3. Страховик має право для здійснення оцінки ступеня страхового ризику запросити у Страхувальника відомості про стан здоров'я осіб, стосовно яких укладається Договір страхування (відомості подаються у вигляді декларації про стан здоров'я або в іншій формі, визначеній Страховиком), та/або отримати додаткову інформацію про стан здоров'я таких осіб, запропонувавши цим особам пройти за власні кошти додаткове медичне обстеження в медичному закладі, призначеному Страховиком. У разі подальшої відмови Страховика від страхування такої особи, витрати на додаткове медичне обстеження особи, яка проходила таке обстеження, Страховиком не компенсуються.

8.4. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до Договору страхування додається список Застрахованих осіб. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик.

8.5. При укладанні Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково повідомити Страховика про всі існуючі договори страхування та договори страхування, що укладаються в цей час з іншими страховими компаніями щодо осіб, стосовно яких укладається Договір страхування.

8.6. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.7. Договором страхування може передбачатись, що Страховик видає Страхувальнику на кожну Застраховану особу іменні медичні страхові картки, страхові сертифікати, страхові поліси, які являються документами, що засвідчують право Застрахованої особи на отримання медичної допомоги за Договором страхування.

8.8. У випадку втрати Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва, сертифікату) в період його дії, Страховик, на підставі письмової заяви Страхувальника, видає дублікат документа. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і ніякі виплати згідно з ним не проводяться.

## 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. ознайомитися з цими Правилами, отримати від Страховика роз'яснення їх положень та умов Договору страхування;

9.1.2. отримати страхову виплату в розмірі та в порядку, передбаченому Договором страхування та цими Правилами;

9.1.3. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування у період його дії;

9.1.4. достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил;

9.1.5. отримати від Страховика дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу;

9.1.6. оскаржити відмову Страховика у здійсненні страхової виплати в судовому порядку.

### 9.2. Страховик має право:

9.2.1. перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;

9.2.2. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування у період його дії;

- 9.2.3. достроково припинити дію Договору страхування в порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил;
- 9.2.4. відмовити у здійсненні страхової виплати на підставах, передбачених Договором страхування або Правилами;
- 9.2.5. при необхідності, робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до органів внутрішніх справ та інших підприємств, установ, організацій, які володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку;
- 9.2.6. відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати, але не більше ніж на 90 (дев'яносто) календарних днів у випадку виникнення мотивованих сумнівів в чинності та достовірності наданих Страхувальником/Застрахованою особою документів, які підтверджують факт та обставини настання події, що має ознаки страхового випадку.
- 9.3. Страхувальник зобов'язаний:**
- 9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі в повному розмірі на умовах, передбачених Договором страхування;
- 9.3.2. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику у строки, визначені Договором страхування;
- 9.3.3. при укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;
- 9.3.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої внаслідок настання страхового випадку;
- 9.3.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.
- 9.4. Страховик зобов'язаний:**
- 9.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 9.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу);
- 9.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
- 9.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення шкоди, якщо це передбачено умовами договору;
- 9.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
- 9.4.6. видати Страхувальнику, за його письмовою заявою про втрату примірника Договору страхування, дублікат Договору страхування;
- 9.4.7. забезпечити конфіденційність інформації медичного характеру про Застраховану особу і не розголошувати її окрім випадків, коли надання такої інформації пов'язане з необхідністю надання медичної допомоги або передбачене законодавством України.
- 9.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені відмінні, від зазначених в цьому розділі, права та обов'язки Страховика та Страхувальника.
- 9.6. Договором страхування також можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи та/або Вигодонабувача.

## **10. ДІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

- 10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний звернутися до представника Страховика, визначеного у Договорі страхування, або безпосередньо до Страховика за телефонами, вказаними у Договорі страхування. Визначені особи організують надання необхідної медичної та парамедичної допомоги в обсягах, передбачених програмою медичного страхування та

Договором страхування та контролюють повноту, своєчасність, достатність, якість та адресність надання такої допомоги.

10.2. У випадках необхідності надання послуг з екстреної медичної допомоги та/або у випадках, коли неможливо повідомити Страховика або його представника до початку надання медичної допомоги з об'єктивних причин (непритомний стан Застрахованої особи (за відсутності осіб, які могли б представляти її інтереси), відсутність діючих засобів зв'язку у місці перебування Застрахованої особи тощо), повідомлення про необхідність надання допомоги робиться протягом перших 24 годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування.

10.3. Застрахована особа втрачає право на відшкодування витрат на медичну та парамедичну допомогу у разі, якщо вона не повідомить про випадок в строк, передбачений Договором страхування без поважних на те причин.

10.4. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа може самостійно оплатити рахунки за надану медичну та парамедичну допомогу, передбачену Договором страхування, і отримати відшкодування таких витрат безпосередньо від Страховика після закінчення лікування. Договором страхування може передбачатись ліміт на відшкодування витрат, здійснених без погодження із Страховиком або представником Страховика. Витрати, що перевищують зазначений ліміт, Страховик має право не відшкодувати, якщо з ним або його представником не було попередньо погоджено здійснення таких витрат.

10.5. Договором страхування може передбачатись інший порядок звернення та дій Страховальника (Застрахованої особи) у разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

## **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ШКОДИ**

11.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі наступних документів:

11.1.1. медичної облікової документації (консультативні висновки спеціалістів, виписки із медичних карт амбулаторного (стаціонарного) хворого, епікризи, довідки, листки лікарських призначень, направлення, рецепти тощо);

11.1.2. рахунків з медичних закладів та актів виконаних робіт та/або із зазначеними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, детальними даними про обсяг медичної допомоги, про кількість та вартість лікарських засобів та виробів медичного призначення;

11.1.3. деталізованих рахунків за парамедичну допомогу, передбачену Договором страхування, з розбивкою їх за датами та вартістю, загальною сумою до виплати.

11.2. Якщо Застрахована особа, у випадках передбачених Договором страхування, самостійно оплатила надану їй медичну та іншу допомогу до документів, визначених в п. 11.1 цих Правил також додаються:

11.2.1. заява про здійснення страхової виплати з указанням способу отримання страхової виплати;

11.2.2. Договір страхування (страховий поліс, страховий сертифікат);

11.2.3. документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати, її право на отримання страхової виплати та довідку про присвоєння ідентифікаційного номера;

11.2.4. документи, що підтверджують факт та розмір оплати за отриману медичну та парамедичну допомогу (фіскальні касові чеки, товарні чеки, банківські квитанції тощо).

11.3. Страховик має право вимагати від Застрахованої особи надання додаткових, не визначених у п.п. 11.1-11.2 цих Правил, документів, якщо на підставі наявних документів, неможливо визначити факт та обставини події, що має ознаки страхового випадку, та розмір понесених Застрахованою особою витрат.

11.4. Документи, які надаються Страховику, повинні бути оформлені відповідно до існуючих норм (із зазначенням номеру, дати, засвідчені підписами уповноважених осіб та печатками або штампами, без виправлень).

## **12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

12.1. Страховик здійснює страхову виплату згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування), і страхового акта, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком, та в строки, передбачені п.13.1 цього Договору.

12.2. Страховик здійснює страхову виплату за умови, що обсяг медичної допомоги:

12.2.1. співвідноситься із вказаним діагнозом;

12.2.2. відповідає стандартам якості медичної допомоги, що діють на території надання такої допомоги;

12.2.3. носить характер необхідної (без надання якої медичний стан Застрахованої особи значно погіршиться) та достатньої для медичного стану, що існував на момент її надання.

12.3. Страховик здійснює страхову виплату в межах встановленої в Договорі страхування страхової суми або ліміту відповідальності, зменшених, якщо інше не передбачено Договором страхування, на суму всіх здійснених під час дії Договору страхування страхових виплат, але не більше суми фактичної вартості наданої Застрахованій особі медичної та/або парамедичної допомоги.

12.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком:

12.4.1. на рахунок медичного закладу або представника Страховика, які надавали медичну та парамедичну допомогу Застрахованій особі, передбачену Договором страхування. Страхова виплата здійснюється у строки визначені відповідними господарськими договорами. Факт здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням;

12.4.2. Застрахованій особі, якщо оплату отриманої допомоги вона здійснила самостійно та в страховому акті підтверджена обґрунтованість і достовірність вказаних витрат. Страхова виплата Застрахованій особі може здійснюватися у готівковому вигляді або шляхом безготівкового розрахунку в строки, обумовлені Договором страхування. Факт здійснення страхової виплати відповідно підтверджується касовим ордером або платіжним дорученням.

12.5. Страховик має право вимагати від отримувача страхової виплати повернути отриману страхову виплату, якщо протягом встановлених чинним законодавством строків позовної давності йому стали відомі обставини, які повністю або частково звільняють Страховика від здійснення страхової виплати.

## **13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

13.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 30 (тридцяти) робочих днів, з дати отримання усіх необхідних документів і відомостей про факт та причини настання події, що має ознаки страхового випадку, та документів, що підтверджують витрати, з урахуванням умов п.9.2.6 цих Правил. Рішення про здійснення страхової виплати оформляється страховим актом.

13.2. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) та/або представника Страховика з обґрунтуванням причин відмови у строк, передбачений Договором страхування.

13.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші строки для прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

13.4. Страхова виплата здійснюється Страховиком у строки передбачені Договором страхування.

## **14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.2. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя,

здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.3. вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.4. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.5. несвочасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди;

14.6. відмова Застрахованої особи від проходження медичного огляду, призначеного за вимогою Страховика для підтвердження факту настання страхового випадку;

14.7. інші випадки, передбачені законом.

14.8. Якщо Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) не здійснив усіх дій для отримання страхової виплати та не надав всіх необхідних документів по заявленому страховому випадку, зазначених в розділах 10 та 11 цих Правил, протягом 3 (трьох) місяців з дати подання заяви про здійснення страхової виплати, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик приймає рішення про відмову у здійсненні страхової виплати та закриває розгляд такої страхової справи. За заявою Страхувальника (застрахованої особи, Вигодонабувача) та за умови надання ним всіх необхідних документів Страховик відновлює розгляд закритої справи по такому випадку.

14.9. Страхувальник (Застрахована особа) може оскаржити рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати у порядку, передбаченому законодавством України.

14.10. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.11. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

## **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Всі зміни і доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладання, приймаються за згодою сторін, із врахуванням попередніх страхових виплат, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування, яка з моменту підписання її сторонами стає невід'ємною частиною Договору страхування.

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

15.3. закінчення строку дії;

15.4. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.5. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

15.6. 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»;

15.7. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.8. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.9. смерті Застрахованої особи (якщо Договір передбачає страхування групи осіб, його дія припиняється лише стосовно Застрахованої особи, яка померла або визнана такою, що померла);

15.10. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.11. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, 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 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

15.12. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.13. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.14. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення Договору страхування.

15.15. Недійсність Договору страхування:

15.15.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України;

15.15.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі якщо його укладено після настання страхового випадку.

15.16. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

15.17. Якщо Страхувальник не повідомив Страховика про те, що предмет Договору страхування уже застрахований, новий договір страхування є нікчемним. Визнання нікчемного договору страхування недійсним судом не вимагається.

## **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

16.1. Спори за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, між Страховиком і Страхувальником вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди – в порядку, передбаченому законодавством.

## **17. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

17.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою сторін у Договір страхування можуть бути включені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать закону.

17.2. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку реєструється в Уповноваженому органі, згідно з законом. Новий текст цих Правил і Договори страхування, які укладено згідно з новим текстом Правил, набувають чинності після дати офіційної реєстрації в Уповноваженому органі.

## ДОДАТОК 1

до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я)

### СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. При добровільному медичному страхуванні (безперервному страхуванні здоров'я) базові страхові тарифи встановлюються на 1 рік страхування в залежності від виду медичної допомоги та парамедичної допомоги з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку та наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи при добровільному медичному страхуванні (у відсотках від страхової суми)

Вид допомоги	Страховий тариф, %
<b>I. Медична допомога</b>	
1. Амбулаторна медична допомога	7%
2. Невідкладна (швидка) медична допомога	5%
3. Стационарна медична допомога	10%
4. Стоматологічна допомога	20%
<b>II. Інша допомога, пов'язана з наданням медичної допомоги з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, ускладнення захворювання або розладу здоров'я Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку</b>	8%

2. При укладанні Договору страхування строком до 1 (одного) року розмір страхового тарифу розраховується, виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі одного з нижченаведених варіантів:

Варіант 1 – розрахунок із застосуванням коефіцієнтів короткостроковості

Таблиця 4

Коефіцієнт короткостроковості

Строк дії договору страхування (місяців*)	15 днів	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1

\* При здійсненні розрахунку страхового тарифу неповний місяць вважається за повний

Варіант 2 – розрахунок "pro rata temporis":

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

де

$K_p$  – розрахунковий тариф;

$K_o$  – річний страховий тариф;

$n$  – строк дії Договору страхування у днях;

365 – кількість днів у році.

При укладанні Договору страхування строком понад 1 (один) рік розмір страхового тарифу розраховується як 1/12 розміру річного страхового тарифу за кожен місяць дії Договору страхування. При цьому неповний місяць вважається за повний.

3. В залежності від віку та статі Застрахованої особи до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,6 – 4,0.

4. В залежності від регіону проживання Застрахованої особи до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,8 – 1,5.

5. В залежності від кількості Застрахованих осіб до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,7–1,0.

6. В залежності від роду професії Застрахованої особи, умов праці Застрахованої особи до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,5 – 3,5.

7. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,5 – 3,0.

8. В залежності від наявності шкідливих звичок та факторів, що підвищують ймовірність захворювання (паління, зловживання алкоголем, підвищена вага тіла, спадковість), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в 1,0 – 2,0.

9. В залежності від розміру нормативу витрат Страховика на ведення страхової справи до базового страхового тарифу застосовується корегуючий коефіцієнт в діапазоні 1,0 – 1,7.

10. В залежності від розміру страхової суми та франшизи до базових тарифів може застосовуватися корегуючий коефіцієнт в діапазоні 0,65 – 3,0.

11. Коригуючі коефіцієнти, крім визначених в п.п. 2 – 10 Додатку 1 до Правил, встановлюються Страховиком в залежності від інших суттєвих факторів в діапазоні 0,4 – 3,0.

Базові страхові тарифи розраховані з розрахунку нормативу витрат на ведення справи 40 % від величини страхового тарифу.

**Актуарій**  
(свідоцтво №03-002 від 26.11.2009 р.)



**Ю.М. Карташов**

Відділ державних архівів  
Відділ державних архівів

В. Голуб

М. Булка

2031210316

Протипоровано, пронумеровано  
та скрашено печаткою 17  
... (17) аркушів.

Генерал-Провідник  
Д.О.Грицута

