

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішенням Правління

ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІСННА ІНШУРАНС ГРУП»

№ 300-2012/012 від «16» вересня 2012 р.

Голова Правління

 / Д.О.Г



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

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

Київ, 2012

Зміст

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	4
4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВІ ТАРИФИ ТА СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	5
5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ	6
6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	8
10. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	11
13. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.	12
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.	12
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.	13
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	14
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	14
18. ДОДАТОК 1. ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ	15
19. ДОДАТОК 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ	21

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

- 1.1. **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.
- 1.2. **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.
- 1.3. **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.
- 1.4. **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.
- 1.5. **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.
- 1.6. **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.
- 1.7. **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.
- 1.8. **Працездатність** – це здатність до трудової діяльності, яка залежить від стану здоров'я людини, залежно від характеру роботи, яку може виконувати людина.
- 1.9. **Смерть** – незворотне припинення життєдіяльності організму, яке є неминучою стадією його індивідуального існування.
- 1.10. **Стійка втрата працездатності** – неспроможність Застрахованої особи виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі, звичайних для цієї людини, що проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації, призводить до соціальної дезадаптації та викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму. Договір страхування може бути укладений на випадок стійкої втрати професійної працездатності – нездатність Застрахованої особи до роботи за своєю професією (фахом) і кваліфікацією чи за іншою адекватною їй професією (фахом). Рішення про стійку втрату працездатності (в т.ч. професійної) приймається шляхом експертного обстеження медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК) та підтверджується висновком (довідкою) МСЕК. Для осіб віком до 18 років під стійкою втратою працездатності мається на увазі видача лікарсько-консультативною комісією висновку про дитину-інваліда до 18 років.
- 1.11. **Сторони** – Страховик та Страхувальник при спільному використанні у тексті цих Правил.
- 1.12. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

- 1.13. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.
- 1.14. **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.
- 1.15. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.
- 1.16. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.17. **Тимчасова втрата працездатності** – неспроможність Застрахованої особи виконувати свою професійну діяльність або виконувати звичні обов'язки протягом певного проміжку часу. Тимчасова втрата працездатності має зворотний характер, тобто минає під впливом лікування та підтверджується видачею листка непрацездатності відповідно до законодавства. Для осіб, яким згідно чинного законодавства не видається листок непрацездатності, під тимчасовою втратою працездатності мається на увазі лікування у медичних закладах, що засвідчується лікарем або лікарсько-кваліфікаційною комісією.
- 1.18. **Ускладнення захворювання** – нове захворювання Застрахованої особи 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.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1. Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі за текстом – Правила) розроблені ПРИВАТНИМ АКЦІОНЕРНИМ ТОВАРИСТВОМ «УКРАЇНСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «КНЯЖА ВІСННА 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 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 у випадку смерті Застрахованої особи, тимчасової втрати нею працездатності, встановлення їй інвалідності внаслідок хвороби або у випадку її захворювання на хворобу, передбачену Договором страхування, яка сталася із Застрахованою особою під час дії Договору страхування.
- 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 страхування здоров'я на випадок хвороби визначаються цими Правилами. Конкретні умови страхування визначаються договором добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (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 впливає 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, пов'язані з життям, 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.6.4 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.

3.6. Якщо Вигодонабувач не був призначений, то страхова виплата, у разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, виплачується спадкоємцю (спадкоємцям) Застрахованої особи.

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 захворюваннями, за окремим класом хвороб, за окремою Застрахованою особою, 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 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 2 до цих Правил.

4.7. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін, в залежності від обраних страхових випадків, виду та способу лікування, 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 2 до цих Правил.

4.9. Порядок та строки сплати страхового платежу встановлюється 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 захворювання Застрахованої особи.

5.2. Страховим випадком за цими Правилами є:

5.2.1. **смерть** Застрахованої особи внаслідок захворювання;

5.2.2. **стійка втрата працездатності** Застрахованою особою (встановлення групи інвалідності) внаслідок захворювання;

5.2.3. **тимчасова втрата працездатності** Застрахованою особою внаслідок захворювання. Договором страхування може конкретизуватись вид та/або спосіб лікування захворювання, при якому тимчасова втрата працездатності буде вважатись страховим випадком;

5.2.4. **виявлення (вперше у житті) у Застрахованої особи будь-якого критичного захворювання, передбаченого Договором страхування.**

5.2.5. **захворювання Застрахованої особи на хворобу, передбачену Договором страхування, з наступного переліку:**

5.2.5.1. інфекційні та паразитарні хвороби;

5.2.5.2. новоутворення;

5.2.5.3. хвороби ендокринної системи;

5.2.5.4. хвороби крові та кровотворних органів;

5.2.5.5. психічні розлади;

5.2.5.6. хвороби нервової системи;

5.2.5.7. хвороби системи кровообігу;

5.2.5.8. хвороби системи дихання;

5.2.5.9. хвороби органів травлення;

5.2.5.10. хвороби сечостатевої системи;

5.2.5.11. хвороби шкіри та підшкірної клітковини;

5.2.5.12. хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;

5.2.5.13. хвороби ока та придаткового апарату;

5.2.5.14. хвороби вуха та соскоподібного відростка.

5.3. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування протягом 1 (одного) року після закінчення строку дії Договору страхування, можуть бути визнані страховими випадками події, передбачені п.п.5.2.1 – 5.2.2 цих Правил, за умови що вони були застраховані за умовами Договору страхування та стали безпосереднім наслідком захворювання, яке виникло у Застрахованої особи під час та у місці дії Договору страхування, про яке було заявлено Страховику та яке підтверджено документально.

5.4. Договором страхування може передбачатись перелік та/або види захворювань на випадок настання яких укладається Договір страхування.

5.5. Конкретний перелік страхових випадків за кожним окремим Договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком і зазначається в Договорі страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховими випадками за цими Правилами не визнаються, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:

6.1.1. вроджені пороки;

6.1.2. інфекційні та паразитарні хвороби, які виявлені протягом трьох тижнів з моменту укладання Договору страхування, а також новоутворення та хвороби ендокринної системи, хвороби крові та кровотворних органів, хвороби нервової системи та органів чуття, системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, ускладнення вагітності, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які виявлені протягом перших двох місяців з моменту укладання Договору страхування;

- 6.1.3. профілактичне, підтримуюче або замісне лікування хронічних захворювань будь-якого типу в фазі ремісії, вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних порушень;
- 6.1.4. лікування гострих захворювань та/або загострень захворювань та/або ускладнень захворювання, що виникли до моменту укладення Договору страхування та продовжуються на момент укладення Договору страхування;
- 6.1.5. захворювання, що виникли внаслідок вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин;
- 6.1.6. захворювання, що є наслідками спроб самогубства або скоєння Застрахованою особою протиправних дій;
- 6.1.7. захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;
- 6.1.8. захворювання, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяця з дня набуття чинності Договором страхування;
- 6.1.9. професійні захворювання;
- 6.1.10. хірургічні втручання, які:
 - 6.1.10.1. здійснювалися без відповідних медичних показань та/або хірургом, який не володіє необхідною кваліфікацією;
 - 6.1.10.2. мали діагностичний, профілактичний та/або експериментальний характер;
 - 6.1.10.3. пов'язані з лікуванням зубів, розтин запалення шкіри, тканин та суглобів, видалення шовного матеріалу, косметичні та пластичні операції;
 - 6.1.10.4. спрямовані на усунення аномалій носової перегородки або носових ходів.
- 6.2. Не відноситься до страхового випадку подія, що сталась внаслідок:
 - 6.2.1. тимчасової втрати працездатності в зв'язку із необхідністю догляду за дитиною або членом сім'ї;
 - 6.2.2. тимчасової втрати працездатності внаслідок вагітності або переривання вагітності;
 - 6.2.3. невиконання Застрахованою особою призначень і рекомендацій лікаря;
 - 6.2.4. перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
- 6.3. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався внаслідок:
 - 6.3.1. 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);
 - 6.3.2. терористичних актів;
 - 6.3.3. прямого чи непрямого впливу атомного вибуху, радіації чи радіоактивного ураження, пов'язаних з будь-яким застосуванням атомної енергії і використанням радіоактивних матеріалів, хімічного забруднення.
- 6.4. При укладанні Договору страхування Страховик має право передбачити обмеження відносно певної категорії фізичних осіб або відмовити в укладанні Договору страхування таких осіб, а саме:
 - 6.4.1. осіб, які на момент укладання Договору страхування перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах та ін.;
 - 6.4.2. осіб, які хворіють на тяжкі форми захворювання серцево-судинної системи;
 - 6.4.3. осіб, у яких на момент укладання Договору страхування виявлені пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травми хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний);

- 6.4.4. ВІЛ – інфікованих або хворих на СНІД осіб;
 - 6.4.5. інвалідів I-II груп та/або інвалідів дитинства;
 - 6.4.6. осіб, які визнані недієздатними у встановленому законодавством порядку.
- 6.5. 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.
- 7.4. Договором страхування 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 (піклувальників).
- 8.3. Страховик має право для здійснення оцінки ступеня страхового ризику запросити у Страхувальника медичну карту Застрахованої особи та/або інші 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. 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.
- 8.5. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 8.6. 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. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні захворювання Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися, в строки, передбачені Договором страхування, до медичного закладу за медичною допомогою.

10.2. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

10.2.1. протягом строку, передбаченого Договором страхування, повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку. У випадку, коли за станом здоров'я Застрахована особа не може особисто повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, таке повідомлення може зробити представник Застрахованої особи (родичі Застрахованої особи, медпрацівники тощо);

10.2.2. надати Страховику документи, передбачені в розділі 11 цих Правил.

10.3. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не мав фізичної можливості своєчасно виконати дії, передбачені п.10.2.1 цих Правил він повинен підтвердити це відповідними документами.

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

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

11.1. В залежності від конкретного страхового випадку Страховикові повинні бути надані документи з наступного переліку:

11.1.1. у разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.1 цих Правил:

11.1.1.1. свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

11.1.1.2. лікарське свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

11.1.1.3. виписка з історії хвороби або амбулаторної картки, що містить відомості щодо дати виявлення та перебіг захворювання.

11.1.2. у разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.2 цих Правил:

11.1.2.1. виписка з історії хвороби або амбулаторної картки, що засвідчує причину встановлення інвалідності, дату виявлення та перебіг захворювання. Для дітей віком до 18 років також надається історія розвитку дитини, де зафіксоване обґрунтування визнання дитини інвалідом;

11.1.2.2. листки непрацездатності за весь період захворювання. Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством;

11.1.2.3. довідка медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) про встановлення групи інвалідності або ступінь втрати професійної працездатності. Для Застрахованих осіб віком до 18 років надається медичний висновок лікарсько-консультативної комісії про дитину-інваліда;

11.1.3. у разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.3 цих Правил:

11.1.3.1. виписка з історії хвороби або амбулаторної картки;

11.1.3.2. листок непрацездатності. Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством.

11.1.4. у разі настання страхового випадку, передбаченого п. п. 5.2.4 – 5.2.5 цих Правил:

11.1.4.1. виписка з історії хвороби або амбулаторної картки, що містить відомості щодо дати виявлення захворювання та перебіг захворювання.

11.1.4.2. листки непрацездатності за весь період захворювання. Категорії осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається, надають довідку за формою, передбаченою чинним законодавством.

11.2. Для отримання страхової виплати особа, яка звернулась за такою виплатою, повинна надати:

11.2.1. заяву 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.

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

11.4. Якщо інше не передбачено Договором страхування, документи, зазначені у розділі 11 цих Правил, можуть надаватись Страховику у формі:

11.4.1. оригінальних примірників;

11.4.2. нотаріально завірених копій;

11.4.3. простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих паперів з оригінальними примірниками документів.

11.5. Страховик має право вимагати від Застрахованої особи (Вигодонабувача) надання додаткових, не зазначених 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 завданої шкоди.

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 цих Правил.

12.2. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.1 та п.5.2.4 цих Правил розмір страхової виплати становить 100 % страхової суми.

12.3. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.2 цих Правил розмір страхової виплати визначається:

12.3.1. для осіб віком від 18 років залежить від встановленої групи інвалідності:

- I група – не більше 100% страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;
- II група – не більше 80 % страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;
- III група – не більше 60% страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;

12.3.2. для осіб віком до 18 років залежить від строку дії медичного висновку про дитину-інваліда до 18 років:

- категорія «дитина-інвалід до досягнення 18 років» – не більше 100% страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;
- категорія «дитина-інвалід на строк до 5 років» – не більше 80 % страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;
- категорія «дитина-інвалід на строк до 2 років» – не більше 60% страхової суми, зазначеної у Договорі страхування;

12.3.3. у розмірі, передбаченому в Договорі страхування та залежить від відсотку втрати професійної працездатності та професії Застрахованої особи.

12.4. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.3 цих Правил розмір страхової виплати визначається за кожен день непрацездатності Застрахованої особи, включаючи вихідні та святкові дні. Розмір страхової виплати встановлюється у відсотках від страхової суми, зазначеної у Договорі страхування. Розмір страхової виплати за одним страховим випадком не може перевищувати 50 % від страхової суми та/або 180 днів. Страхова виплата може обмежуватись кількістю страхових виплат, сумою страхової

виплати за день непрацездатності та/або розміром суми виплати по одному та/або кільком страховим випадкам. Для осіб, яким згідно чинного законодавства листок непрацездатності не видається період лікування не повинен перевищувати орієнтовний строк лікування, визначений діючими на дату настання страхового випадку стандартами медичних технологій.

12.5. У разі настання страхового випадку, передбаченого п. 5.2.5 цих Правил розмір страхової виплати визначається в розмірі, передбаченому в Таблиці розмірів страхових виплат при захворюванні Застрахованої особи (Додаток 1 до цих Правил).

12.6. Конкретний розмір страхової виплати та конкретні умови здійснення страхових виплат встановлюється за згодою сторін при укладанні Договору страхування та вказується у ньому.

12.7. Страховик здійснює страхову виплату, визначену у відповідності до умов п.п.12.2 – 12.5 Правил, 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.

12.8. Якщо захворювання Застрахованої особи спричинило настання послідовності подій, передбачених п.5.2 цих Правил, то розмір страхової виплати по кожному черговому страховому випадку з цієї послідовності зменшується на суму здійсненої Страховиком раніше в зв'язку з даним захворюванням страхової виплати.

12.9. У разі настання страхового випадку, яким передбачено здійснення страхової виплати у розмірі 100% страхової суми, Страховик має право зменшити розмір страхової виплати на суму несплачених до кінця строку дії Договору страхування страхових платежів, франшизи та попередньо здійснених під час дії Договору страхування страхових виплат.

12.10. Страхова виплата здійснюється Страховиком готівкою або шляхом безготівкового перерахування відповідної суми грошових коштів на рахунок Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) в строки, визначені в Договорі страхування.

12.11. Умовами Договору страхування може бути передбачено здійснення страхової виплати шляхом оплати наданих Застрахованій особі в зв'язку з захворюванням платних медичних послуг в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання, за письмовим розпорядженням Застрахованої особи про оплату медичних послуг Страховиком, оформленим згідно з вимогами чинного законодавства.

12.12. 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 СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком в строк, що не перевищує 30 (тридцять) 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 ступінь ушкодження здоров'я Застрахованої особи 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) 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.

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

встановлюється 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 Страховикові 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 врахуванням 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 1до Правил добровільного страхування здоров'я
на випадок хвороби**ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
ІНФЕКЦІЙНІ ТА ПАРАЗИТАРНІ ХВОРОБИ:		
1	Токсоплазмоз	30
2	Дифтерія	30
3	Лептоспіроз	50
4	Холера	30
5	Черевний тиф та паратиф	30
6	Туберкульоз легень	30
7	Туберкульоз мозкових оболонок та ЦНС	40
8	Туберкульоз кишечника, черевини	30
9	Туберкульоз кісток та суглобів	30
10	Туберкульоз сечостатевої системи	30
11	Міліарний туберкульоз	30
12	Туляремія	40
13	Сибірська виразка	45
14	Вірусний гепатит	20
15	Малярія	30
16	Лейшманіоз	20
17	Трипаносомоз	20
18	Вірусна інфекція ЦНС	15
ВІЛ-інфекція:		
19	Інфікування ВІЛ, вірусоносійство на ВІЛ	40
20	Захворювання на ВІЛ-інфекцію та СНІД	80
НОВОУТВОРЕННЯ:		
21	Злоякісні новоутворення губи	30
22	Злоякісні новоутворення язика	30
23	Злоякісні новоутворення великих слинних залоз	30
24	Злоякісні новоутворення ясен	25
25	Злоякісні новоутворення порожнини рота	25
26	Злоякісні новоутворення інших частин ротової порожнини	25
27	Злоякісні новоутворення ротоглотки	25
28	Злоякісні новоутворення носоглотки	25
29	Злоякісні новоутворення стравоходу	35
30	Злоякісні новоутворення шлунку	45
31	Злоякісні новоутворення тонкої кишки	45
32	Злоякісні новоутворення ободової кишки	45
33	Злоякісні новоутворення прямої кишки	45
34	Злоякісні новоутворення печінки	50
35	Злоякісні новоутворення жовчного міхура	50
36	Злоякісні новоутворення підшлункової залози	50
37	Злоякісні новоутворення зачеревного простору та черевини	45
38	Злоякісні новоутворення порожнини носа, середнього вуха та придаткових пазух	30
39	Злоякісні новоутворення гортані	30
40	Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів	30
41	Злоякісні новоутворення плеври	25

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
42	Злоякісні новоутворення вилочкової залози, серця та середостіння	40
43	Злоякісні новоутворення інших і неточно зазначених локалізацій дихальних шляхів та грудної клітини	30
44	Злоякісні новоутворення кісток та суглобних хрящів	30
45	Злоякісне новоутворення з'єднувальних та інших м'яких тканин	10
46	Злоякісна меланома шкіри	5
47	Злоякісне новоутворення молочної залози	30
48	Злоякісне новоутворення неуточненої частини матки	40
49	Злоякісні новоутворення шийки матки	30
50	Злоякісні новоутворення плаценти	25
51	Злоякісні новоутворення тіла матки	40
52	Злоякісні новоутворення яєчників та інших придатків матки	30
53	Інші злоякісні новоутворення жіночих статевих органів	30
54	Злоякісні новоутворення передміхурової залози	30
55	Злоякісні новоутворення яєчка	30
56	Інші злоякісні новоутворення чоловічих статевих органів	30
57	Злоякісні новоутворення сечового міхура	30
58	Злоякісні новоутворення нирок, інших сечових органів	30
59	Злоякісні новоутворення ока	20
60	Злоякісні новоутворення головного мозку	60
61	Злоякісні новоутворення щитовидної залози	25
62	Злоякісні новоутворення інших органів ендокринної системи	20
63	Злоякісні новоутворення лімфатичної та кровотворних тканин	25
64	Доброякісні новоутворення гортані	15
65	Доброякісні новоутворення матки	20
66	Доброякісні новоутворення маткової труби та зв'язок	35
67	Доброякісні новоутворення шкіри (атероми, ліпоми)	5
68	Доброякісні новоутворення головного мозку	40
69	Доброякісні новоутворення гортані	15
70	Доброякісні новоутворення матки	20
71	Доброякісні новоутворення маткової труби та зв'язок	35
72	Доброякісні новоутворення шкіри (атероми, ліпоми)	5
	ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ:	
73	Нетоксичний вузлуватий зоб	20
74	Тиреотоксичний вузлуватий зоб	25
75	Зоб токсичний дифузний	30
76	Тиреоїдит	15
77	Цукровий діабет	15
78	Діабет з порушенням периферичного кровообігу	20
79	Подагра	25
80	Ожиріння II, III ступеня	20
81	Синдром Штейна-Лівенталя	15
	ХВОРОБИ КРОВІ, КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ:	
82	Залізодефіцитна анемія	10
83	Таласемія та інші анемії внаслідок ферментних порушень	15
84	Інші види анемії	20
	ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ:	
85	Порушення фізіологічних функцій психогенної етіології	25
86	Неврастенічний синдром	10

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
ХВОРОБИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ:		
87	Бактеріальний менінгіт	25
88	Менінгіт не уточненої етіології	20
89	Енцефаліт, мієліт, енцефаломієліт	40
90	Хвороба Паркінсона	40
91	Віддалені наслідки гнійної інфекції	10
92	Хвороби нервових корінців і переплетінь	20
93	Розсіяний склероз	50
94	Енцефалопатія	20
95	Хвороби третинного нерву	20
96	Хвороби лицьового нерву	20
97	Гострий інфекційний поліневрит	10
98	Міастенія	10
99	Неврит лицевого нерву	5
ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ:		
100	Ревматизм в активній фазі	10
101	Інші ревматичні хвороби серця	8
102	Гіпертонічна хвороба	8
103	Гострий інфаркт міокарду	50
104	Стенокардія	15
105	Ішемічна хвороба серця	10
106	Коронарний атеросклероз	15
107	Гострий перикардит	15
108	Гострий міокардит	15
109	Серцева недостатність	10
110	Кардіоміопатія	10
111	Порушення серцевого ритму	10
112	Закупорка мозкових артерій (інфаркт мозку)	50
113	Транзиторна ішемія мозку	20
114	Атеросклероз	15
115	Атеросклероз артерій кінцівок	15
116	Емболія та тромбоз артерій	30
117	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	10
118	Тромбофлебіт, флеботромбоз, флебіт	40
119	Посттромбофлебітичний синдром	20
120	Облітеруючий ендартеріт	12
121	Облітеруючий тромбангіт	12
122	Облітаруючий артеріосклероз	12
123	Геморой	10
ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ:		
124	Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів	2
125	Гострий бронхіт, бронхіоліт	5
126	Викривлення носової перетинки	3
127	Хронічний синусит	5
128	Хронічні хвороби мигдалин	5
129	Хронічний тонзиліт	5
130	Пневмонія вірусна	12
131	Бронхопневмонія	16
132	Хронічний бронхіт	8
133	Бронхіальна астма	20

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
134	Бронхоектатемічна хвороба	15
135	Плеврит	15
136	Пневмоторакс	18
137	Абсцес легені та середостіння	15
138	Після запальний легеневий фіброз	20
139	Поліпи порожнини носа	5
ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ:		
140	Виразкова хвороба шлунку	25
141	Виразкова хвороба 12-палої кишки	25
142	Виразка стравоходу гостра з кровотечею	30
143	Гастродуоденіт	20
144	Гострий гастрит	15
145	Дуоденіт	15
146	Пахова кила	15
147	Регіональний ентерит	10
148	Жовчнокам'яна хвороба	25
149	Гострий холецистит	10
150	Постхолецистектомічний синдром	10
151	Геморой	10
152	Панкреатит	10
153	Коліт	10
154	Апендицит	15
ХВОРОБИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ:		
155	Гострий пієлонефрит та гострий пієлонефроз	20
156	Гострий пієлонефрит, гломерулонефрит	20
157	Каміння нирок і сечових шляхів	25
158	Цистит	5
159	Простатит	10
160	Гострий та неуточнений тазовий перитоніт у жінок	10
161	Ендометриоз	15
162	Незапальні хвороби яєчників, маточних труб та широкої зв'язки	15
163	Хвороби матки	20
164	Незапальні хвороби шийки матки	10
165	Незапальні хвороби вагіни	10
166	Випадіння статевих органів	30
167	Кіста	30
168	Запальні хвороби	4
169	Гострий сальпінгіт та офоріт	8
170	Гострий периметрит, тазова флегмона	12
Ускладнення вагітності		
171	Позаматкова вагітність	30
172	Мимовільний аборт	15
173	Штучний медичний аборт (за медичним призначенням)	15
ХВОРОБИ ШКІРИ ТА ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ:		
174	Карбункул і фурункул	5
175	Піодермія	5
176	Контактний дерматит та інші форми екземи	8
177	Псоріаз	10
178	Рожа	10
179	Дерматит	6

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
180	Хвороби сальних залоз	5
181	Кропивниця	8
182	Мікоз стоп	10
183	Короста	5
184	Порушення пігментації	3
185	Інші флегмони та абсцеси	5
	ХВОРОБИ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ ТА СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ:	
186	Системний червоний вовчак	50
187	Хвороба Рейтера	40
188	Хвороба Бехтерева	40
189	Подагричний артрит, ревматоїдний артрит, інші запальні поліартропатії	40
190	Остеоартроз (деформуючий артроз)	30
191	Артрозо-артрит	35
192	Анкілозуючий спондиліт	35
193	Спонділез шийного відділу хребта	20
194	Спонділез грудного відділу хребта	25
195	Зміщення міжхребцевих дисків в шийному, грудному чи поясничному відділі	25
196	Ентезопатія хребта	25
197	Інші хвороби синовіальних сумок	20
198	Хвороби м'язів, фасцій	15
199	Ревматична поліміалгія	10
200	Ішіас, люмбаго	20
201	Грудний чи пояснично-хрестовий неврит чи радикуліт БДУ	10
202	Остеохондропатії	10
203	Гострий остеомієліт	10
	ХВОРОБИ ОКА ТА ПРИДАТКОВОГО АПАРАТУ	
204	Неврит зорового нерву	10
205	Виразки роговиці	10
206	Хвороби судів сітчатки	10
207	Іридоцикліти	10
208	Кератити	10
209	Глаукома	20
210	Склерити	10
211	Хвороби кришталика	25
212	Хвороби слъозових шляхів	5
213	Кон'юнктивити	5
214	Патологія рефракції	5
215	Епісклерити	5
	ХВОРОБИ ВУХА ТА СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА	
216	Отит	10
217	Хвороби барабанної перепонки	15
218	Хвороби слухової (свстахієвої) труби	20
219	Хвороби внутрішнього вуха	20

№	Захворювання	% виплати*
1	2	3
Договором страхування може бути передбачено, що ушкодження, які не приведені у Таблиці, можуть бути оцінені лікарем Страховика шляхом застосування аналогічних уражень з приведеними у цій Таблиці відсотками виплат (без урахування професійної працездатності Застрахованої особи) або можуть бути оплачені згідно п.12.4 цих Правил.		
За домовленістю Страховика та Страхувальника може бути передбачено укладання Договору страхування щодо певних груп хвороб, наведених у цій Таблиці.		

* – у Таблиці указаний максимальний розмір страхової виплати у % від страхової суми.

Розмір страхової виплати при захворюванні на інфекційну або паразитарну хворобу, хвороби ендокринної системи, хвороби нервової системи та хвороби системи кровообігу розраховується в залежності від ступеню важкості захворювання у відсотках від максимальної страхової виплати, вказаної у Таблиці Додатку 1 до цих Правил:

- 1) легка форма – 25%;
- 2) важка форма – 50%;
- 3) вкрай важка форма – 100%.

При виявленні у Застрахованої особи новоутворення, розмір страхової виплати розраховується в залежності від обсягу процесу та наявності метастазів (Т-первинний осередок, N – локалізація, М – наявність метастазів):

- 1) Т – 50%;
- 2) N – 75%;
- 3) М – 100%.

Якщо наслідком захворювання, передбаченого у Таблиці Додатку 1 до цих Правил, стало інше захворювання, передбачене у Таблиці Додатку 1 до цих Правил, то страхова виплата здійснюється у розмірі, передбаченому для більш важкого з цих захворювань.

ДОДАТОК 2

до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. При добровільному страхуванні здоров'я на випадок хвороби базові страхові тарифи встановлюються на 1 рік страхування в залежності від переліку страхових випадків та наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи при добровільному страхуванні здоров'я на випадок хвороби (у відсотках від страхової суми)

Страховий випадок	Страховий тариф, %
I. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання	0,8
II. Стійка втрата працездатності Застрахованою особою (встановлення групи інвалідності) внаслідок захворювання	1,3
III. Тимчасова втрата працездатності Застрахованою особою внаслідок захворювання	1,8
IV. виявлення (вперше у житті) у Застрахованої особи будь-якого критичного захворювання:	0,25
V. захворювання Застрахованої особи на:	
а) інфекційні та паразитарні хвороби	1,3
б) новоутворення	0,6
в) хвороби ендокринної системи	0,35
г) хвороби крові та кровотворних органів	0,45
д) психічні розлади	0,4
е) хвороби нервової системи	0,5
ж) хвороби системи кровообігу	0,8
з) хвороби системи дихання	5,2
и) хвороби органів травлення	0,8
й) хвороби сечостатевої системи	1,0
к) хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,1
л) хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	2,0
м) хвороби ока та придаткового апарату	0,1
н) хвороби вуха та соскоподібного відростка	0,2

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 2

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”:

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

де

K_p – розрахунковий тариф;

K_c – 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 виду захворювання Застрахованої особи до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в діапазоні 0,8 – 2.
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 виду та способу лікування захворювання до базового страхового тарифу застосовуються коригуючі коефіцієнти в 0,7 – 3,0.
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

ДЕРЖАВНЕ РЕЗЕРВНЕ ПІСЬМО
 № 3/2012/12035
 В.О. Грицута
 18.10.2012
 035



Простимулювано пронумеровано
 за серією печаткою 22
 (Грицута) аркушів.
 Д.О. Грицута