

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

_____ Д.О.Ткач
«24» червня 2014 року

ПРАВИЛА
добровільного медичного
страхування
(безперервного страхування здоров'я)

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Асистант – структурний підрозділ Страховика або уповноважена Страховиком юридична чи фізична особа, що координує надання медичної допомоги Застрахованим особам та врегульовує питання, пов'язані з відшкодуванням необхідних для цього витрат в межах страхової суми.

Договір страхування - 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, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки і виконувати інші умови договору.

Медична послуга – дія чи комплекс дій, що має певну вартість, по наданню медичної допомоги, медико-транспортної допомоги, медикаментозного забезпечення, медичної профілактики з метою збереження та покращання здоров'я Застрахованої особи.

Медичні заклади – підприємства, установи, організації або окремі фізичні особи – підприємці, які надають населенню лікувальну, діагностичну, консультативну, профілактичну, реабілітаційну, бальнеологічну, фармакологічну, медично-транспортну та іншу медичну допомогу.

Медична картка – документ встановленого зразка, що фіксує стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладення договору страхування.

Нещасний випадок – раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

Програма страхування – частина договору страхування, що визначає перелік, обсяг та умови надання медичних послуг.

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком, відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

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

Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій Третій особі.

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

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

Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

Страхувальники - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком договір страхування. Страхувальник може укласти із Страховиком договір про страхування третіх осіб (далі по тексту Застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Період очікування (часова франшиза) – визначений договором страхування період часу, протягом якого окрема медична послуга не надається та не оплачується Страховиком.

Травма - порушення анатомічної цілісності тканин та органів, що супроводжується розладом їх функцій та обумовлене дією різноманітних факторів навколишнього середовища.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

Хвороба (захворювання) - патологічні зміни в організмі або окремому органі чи тканині людини, що призвели до зниження або втрати властивих їм функцій і вимагають надання медичної допомоги.

Ліміт відповідальності Страховика – це грошова сума, в межах страхової суми, в рамках якої Страховик, відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Згідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Правила) Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «БЕНЕФІТ» (надалі - Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники).

2.2. Страхувальник може укладати договори медичного страхування щодо себе або щодо третіх осіб (надалі - Застраховані особи), які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

2.3. Якщо договір страхування укладено Страхувальником про страхування власного здоров'я, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.4. Застрахованими особами можуть бути особи у віці до 65 років, якщо інше не вказано в договорі страхування.

2.5. Страховик не укладає договори медичного страхування щодо осіб, які на час укладення договору є:

- ВІЧ-інфіковані;
- мають злякисні новоутворення, у тому числі онкогематологічні, важкі захворювання ендокринної системи, системні захворювання крові;
- є інвалідами 1 або 2 груп;
- знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником і Страховиком при укладенні договору страхування. За бажанням Страховика страхова сума в період дії договору страхування може бути збільшена, в таких випадках укладається додаткова угода до договору страхування або укладається новий договір страхування на строк, який залишився до закінчення даного договору.

4.2. Договором страхування можуть бути передбачені окремі ліміти відповідальності для програм страхування, певних видів медичних послуг, а також для визначених станів або захворювань.

4.3. Умовами договору страхування за узгодженням Сторін може встановлюватися неоплачувана Страховиком частина витрат, пов'язаних з одержанням Застрахованою особою медичних послуг, передбачених відповідною програмою страхування (франшиза).

4.4. Розмір франшизи може бути визначений, як в абсолютній величині, так і як відсоток від страхової суми. Франшиза може бути встановлена в цілому за договором страхування, по будь-якій частині програми страхування, а також по конкретним Застрахованим особам. У межах одного договору страхування допускається використання різних типів і розмірів франшизи.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховим ризиком за цими Правилами є ймовірність та випадковість виникнення у Застрахованої особи хвороби чи несприятливих наслідків розладу здоров'я у результаті нещасного випадку, що потребує лікування.

5.2. Страхова подія, може бути визнана страховим випадком за цими Правилами, у разі звернення Застрахованої особи в період дії договору страхування до Асистанта або медичного закладу з числа, визначених договором страхування, для отримання медичних послуг, передбачених Програмою страхування, у випадках:

- гострого захворювання;
- загострення або ускладнення хронічного захворювання;
- травм, опіків та інших нещасних випадків;
- необхідності надання реабілітаційної та/або профілактичної допомоги;
- інших станів, що потребують надання медичної допомоги.

5.3. Конкретний перелік медичних послуг, що надаються за договором страхування, та станів, при яких вони надаються, визначається в Програмі страхування.

5.4. Програма страхування може включати медичні послуги по наданню таких видів медичної допомоги, як:

- амбулаторно-поліклінічна;
- стаціонарна;
- акушерська;
- стоматологічна;
- швидка (невідкладна) медична допомога;
- медикаментозне забезпечення;
- реабілітаційно-відновлювальна та профілактично-оздоровча допомога (Додаток №1).

5.5. Програма страхування визначає конкретний перелік послуг, що надається за кожним видом медичної допомоги.

5.6. Договір страхування може включати умови по наданню будь-якої з медичних послуг, певного переліку послуг або усього комплексу медичних послуг.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи у зв'язку з:

6.1.1. Хворобою чи розладом здоров'я, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, а також лікарських засобів без призначення лікаря, самолікування.

6.1.2. Травматичними ушкодженнями, які отримані під час знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, а також внаслідок передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, що перебуває в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

6.1.3. Хворобою або травмою, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або замаху на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджується відповідним вироком суду, який набрав законної сили.

6.1.4. Травматичним ушкодженням або іншим розладом здоров'я, що сталися внаслідок вчинення чи спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій, факт наявності яких підтверджено відповідними документами.

6.1.5. Отриманням послуг, не передбачених договором страхування.

6.2. Страховик відмовляє у страховій виплаті, якщо Застрахованою особою отримані:

6.2.1. Медичні послуги, які не призначені лікарем або отримані за бажанням Застрахованої особи без призначення лікаря.

6.2.2. Послуги у медичних закладах, що не зазначені у договорі страхування.

6.3. Страховик не здійснює страхові виплати у зв'язку з захворюваннями або травмами, що викликані:

6.3.1. Впливом ядерного вибуху, радіацією або радіоактивного забруднення.

6.3.2. Військовими діями, а також маневрами чи іншими військовими заходами.

6.3.3. Громадянською війною, будь-якими народними заворушеннями або страйками.

6.3.4. Стихійними лихами.

6.4. Страховик має право виключити або включити в програму страхування існуючі раніше хронічні захворювання, явні симптоми яких проявлялися протягом попередніх 5 років або із приводу яких здійснювалося лікування протягом того ж періоду.

6.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування, якщо це не суперечить законодавству.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування може бути укладено строком від декількох днів до одного року, або на інший строк за згодою сторін.

7.2. Договір набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Днем сплати страхового платежу вважається:

- при безготівковому розрахунку - день надходження грошових коштів на рахунок Страховика;

- при готівковому розрахунку - день внесення готівки до каси Страховика.

7.3. Дія договору страхування закінчується о 24:00 годині дати, яка вказана в договорі страхування, як дата закінчення дії договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.4. Місцем дії договору страхування є Україна, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладення договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

8.2. На вимогу Страховика до укладення договору страхування особа, на користь якої укладається договір, заповнює анкету про стан свого здоров'я або проходить медичне обстеження. Зміст Анкети встановлюється Страховиком. На основі отриманих даних Страховик приймає рішення про укладення договору страхування.

8.3. Для оформлення договору Страховиком можуть бути зроблені запити на додаткові документи, які характеризують ступінь ризику.

8.4. Страховик має право відмовити Страхувальникові в укладенні Договору страхування у

випадку відмови Застрахованої особи від заповнення анкети та/або проходження медичного обстеження.

8.5. Договір страхування може укладатися на одну або декілька програм страхування одночасно, як для однієї, так і для декількох Застрахованих осіб. Конкретний склад послуг, що надається за кожною програмою страхування, зазначається в договорі страхування.

8.6. Договір страхування може бути укладений на умовах "до першого страхового випадку". За умовами такого договору Страховик оплачує медичні послуги, що отримані Застрахованою особою, тільки один раз протягом строку дії Договору страхування, у обов'язку та на умовах визначених договором страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування». При цьому страховий захист розповсюджується тільки у випадках гострих і невідкладних станів здоров'я, якщо інше не вказано в договорі страхування.

8.7. Договір страхування може бути укладений на умовах "з лімітом відповідальності по одному страховому випадку". За умовами такого договору Страховик оплачує медичні послуги, отримані Застрахованою особою при кожному страховому випадку, тільки в межах ліміту відповідальності, встановленого договором страхування в межах страхової суми для одного страхового випадку.

8.8. Умовами договору страхування за погодженням Сторін може встановлюватися ліміт відповідальності Страховика по будь-якій частині програми страхування або для окремих станів чи захворювань. Розмір ліміту відповідальності Страховика може бути

визначений в абсолютній величині, у відсотках від страхової суми або в граничній кількості разів надання певних медичних послуг протягом дії договору страхування. У рамках одного договору страхування допускається використання різних типів і розмірів лімітів відповідальності.

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

8.10. При укладенні договору страхування страховик має право запросити у страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою) та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику.

8.11. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

8.12. При укладенні договору страхування Застрахованим особам може видаватися індивідуальна іменна картка або інший іменний документ для звернення за отриманням медичних послуг, передбачених договором страхування (надалі – Медична картка).

8.13. У випадку втрати Страхувальником (Застрахованою особою) договору страхування та/або Медичної картки Застрахованої особи в період дії договору страхування, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний повідомити про це Страховика, в строк одного робочого дня, як тільки йому стало про це відомо. Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат договору або Медичної картки, при цьому втрачені документи вважаються недійсними і виплати за ними не проводяться. При повторній втраті договору або Медичної картки в період дії договору страхування Страховик стягує з Страхувальника грошову суму у розмірі вартості виготовлення договору або Медичної картки.

8.14. Застрахованій особі забороняється передавати Медичну картку іншій особі з метою отримання нею медичних послуг за договором страхування. Страховик не оплачує такі послуги та у такому разі має право достроково припинити дію договору страхування у відношенні такої Застрахованої особи.

8.15. При укладенні договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний дати свою згоду на надання Страховикові інформації медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків стане відомо про обставини настання, результати медичного обстеження та лікування Застрахованої особи з приводу захворювання, травми або іншого розладу здоров'я.

8.16. В договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить законодавству України.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1 Страхувальник має право:

9.1.1. Достроково припинити дію договору страхування.

9.1.2. За домовленістю з Страховиком внести зміни до умов чинного договору страхування, про що укладається додаткова угода з врахуванням умов розділу 19 цих Правил.

9.1.3. Вимагати у Страховика оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах сум та переліку, передбаченому договором страхування.

9.1.4. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.

9.1.5. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

9.2.2. При укладенні 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.

9.2.3. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору.

9.2.4. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я особи, щодо якої укладається договір страхування.

9.2.5. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

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

9.3. Страховик має право:

9.3.1. Дostroково припинити дію договору страхування, у разі неналежного виконання Страхувальником своїх обов'язків.

9.3.2. До укладення договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки стану здоров'я Застрахованої особи та ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

9.3.3. Відмовити в укладенні договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження.

9.3.4. Перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію, а також виконання ними умов договору.

9.3.5. Надсилати запити до компетентних органів та установ про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку. До компетентних органів та установ, за умовами цих Правил відносяться: медичні заклади та установи, які надають послуги Асистанту та інші органи та установи, які можуть надати відомості та підтвердити факт настання страхового випадку.

9.3.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Правилами.

9.3.7. Заявляти зворотні вимоги до Страхувальника (Застрахованої особи) на суму сплачених

Страховиком страхових виплат, які не підлягали сплаті згідно з умовами договору страхування, якщо це передбачено договором страхування.

9.3.8. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з 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.

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхової суми шляхом сплати страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

9.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору.

9.4.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування.

9.4.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

9.6. Застрахована особа має право:

9.6.1. На страхову виплату за медичні послуги, які були надані у відповідності з договором страхування.

9.6.2. При втраті Медичної картки одержати дублікат Медичної картки відповідно до п.8.14. цих Правил.

9.7. Застрахована особа зобов'язана:

9.7.1. Проходити лікування тільки в лікувальних закладах, визначених Страховиком.

9.7.2. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це зі Страховиком до отримання цих послуг, а у випадках звертання Застрахованої особи за екстреною медичною допомогою повідомити Страховика про таке звертання не пізніше 48 годин з моменту, як тільки з'явиться можливість це зробити.

9.7.3. Дотримуватися вимог умов договору страхування, розпоряджень лікаря, внутрішнього розпорядку медичного закладу при одержанні медичної допомоги.

9.7.4. Забезпечити збереження особистих страхових полісів, сертифікатів, Медичних карток та не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

9.7.5. Надати Страховику право на ознайомлення з медичною документацією та отримання інформації від лікарів та інших осіб, що надають медичні послуги, з будь-яких медичних та інших закладів для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування та оплатою наданих Застрахованій особі послуг.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі настання страхового випадку для одержання необхідної медичної допомоги Страхувальник протягом 24-х годин повинен звернутися до Асистанта за телефонами, вказаними в договорі страхування або в Медичній картці та повідомити номер договору, інформацію про Застраховану особу, її скарги, стан та місцезнаходження, якщо інший порядок звернення не вказаний в договорі страхування.

10.2. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа або її представник.

10.3. Медичні послуги надаються на підставі пред'явлення Застрахованою особою договору страхування або Медичної картки та документу, що посвідчує її особу.

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

11.1. Для компенсації вартості наданих Застрахованим особам медичних послуг медичні заклади надають Страховику рахунки, акти виконаних робіт та іншу документацію стосовно страхового випадку.

11.2. Для одержання виплати вартості самостійно оплачених Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг та/або медикаментів (в обсязі та межах, визначених договором страхування), Страхувальник (Застрахована особа) подає Страховику заяву про виплату, договір страхування, документи, що підтверджують особу заявника та документи, що підтверджують факт настання та оплати медичних послуг та медикаментів:

– довідку з лікувально-профілактичного закладу з зазначенням дати звернення Застрахованої особи, причини звернення, строку лікування, встановленого діагнозу та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів;

– рахунки, чеки, квитанції, що підтверджують оплату медичних послуг та медикаментів;

– рецепти на придбання медикаментів.

11.3. З урахуванням характеру події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, розмір витрат та виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору.

11.4. Ненадання Страхувальником зазначених документів не дає права Страховику відмовляти у страховій виплаті.

11.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта, який складається Страховиком.

12.2. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг та медикаментів, необхідних для лікування.

12.3. Страхові виплати за Договором страхування можуть здійснюватися (в залежності від умов договору страхування):

- шляхом перерахування коштів за надані медичні послуги на рахунок медичного закладу або Асистанта (в порядку та строки відповідно до укладеного з медичним закладом та/або Асистантом договору на обслуговування Застрахованих осіб);

- шляхом виплати Страхувальнику (Застрахованій особі) понесених витрат, якщо оплата медичних послуг та медикаментів була здійснена самостійно Страхувальником (Застрахованою особою) за готівку, при цьому таке звернення за допомогою було погоджене зі Страховиком.

12.4. Оплата вартості медичних послуг здійснюється після визнання події страховим випадком та перевірки Страховиком отриманих документів на відповідність програмі страхування та відсутності обмежень та виключень із страхових випадків, передбачених договором страхування та цими Правилами

12.5. Страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання Страхувальника (Застрахованої особи), про що зазначається у заяві про виплату.

12.6. Загальна сума виплат за одним або декількома випадками з однією Застрахованою особою не може перевищувати страхової суми, встановленої даним Договором на одну Застраховану особу.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ПРО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Протягом 10 робочих днів з дня отримання усіх належним чином оформлених документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, Страховик приймає рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті та складає Страховий акт.

13.2. Про відмову в страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 7 робочих днів з дня прийняття рішення.

13.3. Відмова у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником в судовому порядку.

13.4. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, іншим одержувачем страхової виплати) документів, строк прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів.

13.5. Всі виплати по страховим випадкам проводяться протягом 30 робочих днів, після прийняття відповідного рішення та складання Страхового акту, за умови отримання Страховиком всіх необхідних для цього документів, підписання їх всіма зацікавленими сторонами, якщо інше не вказано в договорі страхування.

13.6. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у страховій виплаті Страхувальнику.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

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

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена умова 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.

14.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

14.1.3. Подання Страхувальником завідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

14.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

14.1.5. Інші випадки, передбачені законом.

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

14.3. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком у строк не більший передбаченого правилами страхування та повідомляється Страхувальнику в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

14.4. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

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

15.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено відносно декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

15.1.4. 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 десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

15.1.5. Ліквідація Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22,23 і 24 Закону України «Про страхування».

15.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

15.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

15.3. Про намір достроково припинити дію договору страхування сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

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

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

15.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

15.7. 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 витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

15.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі були здійснені в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

15.9. В усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові поліси та Медичні картки, що були видані Застрахованим особам.

16. СТРАХОВИЙ ТАРИФ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

16.1 Розмір страхової премії визначається, виходячи з програми страхування, переліку медичних послуг, вартості їх надання в обумовлених договором страхування медичних закладах, розміру страхової суми, строку дії Договору страхування та річного страхового тарифу (Додаток 2 до цих Правил) з урахуванням результатів оцінки ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

16.2. Конкретний розмір страхової премії визначається у договорі страхування та залежить від обраних умов страхування.

16.3. Страхова премія сплачується Страхувальником в порядку і розмірі, що встановлені умовами договору страхування.

16.4. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою в касу Страховика або використати безготівкові форми розрахунків.

16.5. Страхувальники вносять платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільноконвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.6. Якщо страховий випадок наступив до сплати чергового страхового внеску, Страховик має право при визначенні розміру страхової виплати вирахувати суму несплаченого страхового внеску.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Страховик гарантує дотримання лікарської таємниці у відповідності до чинного законодавства України.

17.2. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов договору страхування, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

18.2. Суміжні термінологічні спори, тобто спори стосовно трактування термінів і спеціальних понять (включаючи формулювання результатів профілактичного огляду, профілю захворювання, діагнозу, назви/виду медичної допомоги, класифікацію ушкоджень, травм, уражень організму Застрахованої особи, тощо), які мають відношення до майнових інтересів Страхувальника, Застрахованої особи або Страховика, підлягають урегулюванню і

вирішенню на підставі відповідних тлумачень поданих в офіційних спеціалізованих виданнях (довідники, словники, класифікатори).

19. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

19.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого строку внесення змін.

19.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до чинного Договору страхування.

19.4. Додаткова угода до договору страхування є його невід'ємною частиною.

20. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

20.1. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

20.2. У випадку порушення Застрахованою особою медичних розпоряджень і рекомендацій лікарського персоналу, а також недотримання правил внутрішнього розпорядку встановлених у медичному закладі, медичний заклад має право припинити обслуговування Застрахованої особи, зробивши відповідну позначку в листі непрацездатності та/або історії хвороби амбулаторного або стаціонарного хворого. При цьому Страховик має право припинити договір страхування у відношенні даного Застрахованого в порядку, передбаченому договором страхування.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

«Амбулаторно-поліклінічна допомога»

Надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на до госпітальному етапі та проведення профілактичних заходів. Амбулаторно-поліклінічну допомогу отримують при звертанні безпосередньо до амбулаторно-поліклінічного закладу чи вдома.

За цим видом лікувально-профілактичної допомоги можуть надаватися наступні медичні послуги:

- Огляд та лікування лікуючим лікарем;
- Консультації: лікарів інших спеціальностей, кандидатів медичних наук, докторів медичних наук;
- Виклик лікаря додому;
- Спостереження сімейним лікарем;
- Попередні та періодичні медичні огляди;
- Організація вузькоспеціалізованої допомоги в медичних центрах, клініках науково-дослідних інститутів і на кафедрах вищих навчальних закладів;
- Оперативне лікування в поліклінічних умовах;
- Дослідження:
 - лабораторні: загально клінічні дослідження, біохімічні, бактеріологічні, імунологічні, гормональні дослідження, онкомаркери, експрес-діагностика;
 - інструментальні: електрофізіологічні (електрокардіографія, спірографія), променеві методи діагностики (рентгеноскопія, рентгенографія, флюорографія, ультразвукові методи, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна терапія, радіонуклідні, радіоізотопні) та ін.
- Фізіотерапевтичне лікування (електрофорез, інгаляції, масаж);
- Лікувальна фізична культура: в залі з групою або індивідуально;
- Проведення експертизи тимчасової непрацездатності (видача листка непрацездатності або довідки про тимчасову непрацездатність);
- Лікування в денному стаціонарі;
- Послуги середнього медичного персоналу (ін'єкції внутрішньовенні, внутрішньом'язові);
- Патронаж дітей першого року життя: відвідування дитини лікарем вдома, огляди здорової дитини спеціалістами, організація відвідувань кабінету здорової дитини, організація проведення антропометрії, організація проведення лабораторних та інших досліджень;
- Для дітей - планова вакцинація відповідно до календаря, затвердженого МОЗ України.

«Стаціонарна допомога»

Надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

За цим видом лікувально-профілактичної допомоги можуть надаватися наступні медичні послуги:

- Лікування в терапевтичному стаціонарі;
- Лікування в хірургічному стаціонарі;
- Огляд та лікування лікуючим лікарем;
- Консультації: лікарів інших спеціальностей, кандидата медичних наук, доктора медичних наук;
- Оперативне лікування;

- Організація вузькоспеціалізованої допомоги в медичних центрах, клініках науково-дослідних інститутів і на кафедрах вищих учбових закладів;
- Дослідження:
 - лабораторні: загально клінічні дослідження, біохімічні, бактеріологічні, імунологічні, гормональні дослідження, онкомаркери, експрес-діагностика;
 - інструментальні: електрофізіологічні (електрокардіографія, спірографія), променеві методи діагностики (рентгеноскопія, рентгенографія, флюорографія, ультразвукові методи, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна терапія, радіонуклідні, радіоізотопні).
- Фізіотерапевтичне лікування (електрофорез, інгаляції, масаж);
- Лікувальна фізична культура: в залі з групою або індивідуально;
- Проведення експертизи тимчасової непрацездатності (видача листка непрацездатності або довідки про тимчасову непрацездатність);
- Послуги середнього медичного персоналу (ін'єкції внутрішньовенні, внутрішньом'язові);
- Перебування хворих в палатах: стандартної комфортності, підвищеної комфортності, люкс, реанімації;
- Дієтичне харчування.

«Швидка медична допомога»

Надається хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків.

За цим видом лікувально-профілактичної допомоги можуть надаватися наступні медичні послуги:

- Цілодобово виклик виїзних бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги (загальнопрофільних та спеціалізованих);
- Надання первинної медико-санітарної допомоги;
- Експрес-діагностичні та лабораторні дослідження під час виклику бригади швидкої медичної допомоги;
- Організація госпіталізації в лікувально-профілактичний заклад;
- Медичне транспортування, медична евакуація/репатріація;
- Надання санітарного вертольоту та санітарного літака.

«Стоматологічна допомога»

Надання кваліфікованої амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної стоматологічної допомоги дорослому та дитячому населенню:

- Діагностика та лікування карієсу з застосуванням сучасного обладнання та матеріалів;
- Видалення зубів;
- Діагностика, лікування захворювань пародонту та діагностика слизової оболонки ротової порожнини;
- Діагностика, лікування запальних захворювань щелеп та навколощелепних тканин;
- Протезування зубів та ортопедичне лікування;
- Надання екстреної допомоги хворим при гострих захворюваннях та травмах щелепно-лицьової області;
- Профілактика стоматологічних захворювань: призначення фторвміщуючих препаратів, покриття фторлаком, видалення зубного нальоту, видалення зубних каменів;
- Надання фізіотерапевтичного лікування;
- Надання ортодонтичної допомоги.

«Медична реабілітація та профілактика»:

- Призначення Застрахованій особі методів відновлювального лікування: лікувальна фізкультура, фізіотерапія (масаж, бальнеолікування), психотерапія, механотерапія, трудотерапія.

- Проведення реабілітації за умов: амбулаторно-поліклінічних закладів, багатопрофільних та спеціалізованих стаціонарів, санаторно-курортних закладів.
- Профілактичні та спортивно-оздоровчі послуги.
- Застосування методів нетрадиційної медицини.
- Організація та проведення сучасних профілактичних і протиепідемічних заходів (забезпечення профілактичними препаратами, вакцинація по запобіганню грипу).

«Акушерська допомога»

За цією програмою можуть надаватися наступні медичні послуги в амбулаторних та стаціонарних умовах:

- Проведення акушером-гінекологом амбулаторного прийому вагітних жінок;
- Дослідження:
 - лабораторні: загально клінічні дослідження, біохімічні, бактеріологічні, імунологічні, гормональні дослідження, онкомаркери, експрес-діагностика;
 - інструментальні: електрофізіологічні (електрокардіографія, спірографія), променеві методи діагностики (рентгеноскопія, рентгенографія, флюорографія, ультразвукові методи, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна терапія, радіонуклідні, радіоізотопні);
- Виявлення ускладнень в період вагітності та своєчасна госпіталізація у відділення патології для вагітних;
- Диспансерне спостереження вагітних: здорові вагітні жінки та жінки в післяпологовому періоді, вагітні жінки з акушерською патологією та жінки з післяпологовими ускладненнями, вагітні з екстрагенітальною патологією;
- Комплексне обстеження вагітних;
- Виявлення та спостереження жінок із факторами ризику;
- Направлення на консультацію до медико-генетичного центру;
- Забезпечення психопрофілактичної підготовки до пологів;
- Лікування ускладнень вагітності;
- Надання допомоги у пологовому будинку;
- Післяпологове спостереження за дитиною та матір'ю.

«Медикаментозне забезпечення»

За цією програмою можуть надаватися наступні послуги:

- Оплата вартості лікарських засобів та виробів медичного призначення при наданні амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої та невідкладної допомоги;
- Доставка медикаментозних засобів безпосередньо додому або в лікувально-профілактичний заклад.

«Комплексна медична допомога»

Ця програма включає дві або більше програм страхування з переліку:

- «Амбулаторно-поліклінічна допомога»;
- «Стаціонарна допомога»;
- «Швидка медична допомога»;
- «Стоматологічна допомога»;
- «Акушерська допомога»;
- «Медична реабілітація та профілактика»
- «Медикаментозне забезпечення».

Додаток 2.
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ ДЛЯ ПРОГРАМ СТРАХУВАННЯ ПРИ УКЛАДЕННІ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ СТРОКОМ НА 1 РІК НАВЕДЕНІ У ТАБЛИЦІ 1.

Таблиця 1.
Базові річні страхові тарифи

Програми страхування	Страховий тариф, % від страхової суми
Медикаментозне забезпечення	8,0
Амбулаторно-поліклінічна допомога	5,5
Стаціонарна допомога	3,5
Швидка медична допомога	6,5
Стоматологічна допомога	15,0
Акушерська допомога	16,0
Медична реабілітація та профілактика	9,0
Комплексна медична допомога	8,0

В програмі «Комплексна медична допомога» ліміт відповідальності Страховика по стоматологічним послугам обмежений на рівні 2,0% від страхової суми.

При добровільному медичному страхуванні в залежності від групи ризику використовуються коефіцієнти до базового страхового тарифу, наведені в таблицях 2-4 цього Додатку.

* - страховий платіж за неповний місяць сплачується як за повний. При страхуванні на період до 25 днів може застосовуватися коефіцієнт короткостроковості у розмірі 1% від річного страхового тарифу за кожний день страхування.

Таблиця 2.
Коефіцієнт короткостроковості
при страхуванні строком менш, ніж 1 рік

Строк страхування	Коефіцієнт, % від річного страхового тарифу *
до 1 місяця	25
до 2 місяця	35
до 3 місяців	50
до 4 місяців	60
до 5 місяців	65
до 6 місяців	70
до 7 місяців	75
до 8 місяців	80
до 9 місяців	85
до 10 місяців	90
до 11 місяців	95

Таблиця 3.
Коефіцієнт врахування віку Застрахованої особи

Вік Застрахованої особи	Коефіцієнт
до 1-го року	до 3,0
від 1 до 6 років	до 2,0
від 6 до 15 років	до 1,5
від 15 до 40 років	1,0
від 40 до 50 років	до 1,5
від 50 до 60 років	до 2,0
від 60 до 65 років	до 2,5

Таблиця 4.
Коефіцієнт врахування рівня медичних закладів

Категорія медичних закладів, що обслуговує Застрахованих осіб	Коефіцієнт
Державні медичні заклади	1,0
Переважно державні, а також відомчі та комерційні медичні заклади	до 2,5
Комерційні медичні заклади	до 5,0

Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів, складає 25% в структурі страхового тарифу.

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (віку, роду професійної діяльності та побічних занять, специфіки умов праці, ступеню психоемоційних навантажень, спадковості, побутових звичок, вживання алкоголю, тютюну, умов та місця проживання, стану здоров'я на момент укладення договору страхування, наявності або відсутності хронічних захворювань, генетично-конституціональної схильності та ймовірності виникнення спадково-обумовлених захворювань тощо) та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих осіб, що одночасно приймаються на страхування, специфіки підприємства, статево-вікових факторів, рівня збитковості за попередні роки страхування), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,15) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 30% від страхової суми для практично здорових людей та 60% при страхуванні осіб з наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях.

Актуарій

_____ /
підпис

_____/_____
П.І.Б.