

**"ЗАТВЕРДЖУЮ"**

*Генеральний директор  
ЗАТ СК "САТІС"*

Яхниця І. О.

"15" лютого 2007 р.

**П Р А В И Л А**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**

**м. Київ, 2007 р.**

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Закрите акціонерне товариство страхова компанія “САТІС” (надалі Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі - Договори страхування) фізичних осіб (надалі - Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальниками).

1.2. Страхувальник - юридична особа або дієздатний громадянин, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники мають право укладати Договори страхування власних медичних витрат або медичних витрат третіх осіб (Застрахованих осіб) за згодою цих осіб.

1.4. Застрахована особа - фізична особа віком від 3 до 65 років, про страхування медичних витрат якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. До Договору страхування додається список Застрахованих осіб.

1.5. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власних медичних витрат, він одночасно є Застрахованою особою.

1.6. Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частину) Страхувальнику (Застрахованій особі або іншій особі) на оплату вартості медичної допомоги або медичних послуг певного переліку і якості в обсязі вибраної Страхувальником програми медичного страхування. Ці заходи здійснюються Страховиком незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, сум за Договорами страхування, укладеними з іншими страховиками, а також суми, що має бути йому сплачена як відшкодування заподіяної йому шкоди згідно з цивільним законодавством України з боку третіх осіб.

1.7. Заклад охорони здоров'я - підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

1.8. Медичний заклад - заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Програмою медичного страхування.

1.9. Аптека - фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

1.10. Асистуюча компанія - посередник між Страховиком, медичним закладом та Аптекою, що організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Програмою медичного страхування.

1.11. Програма страхування – частина договору страхування, яка містить перелік видів медичної допомоги та медичних послуг, організація надання яких Застрахованій особі, та оплата вартості яких Страховиком, гарантується згідно договору страхування.

1.12. Переддоговірний період- період часу після набуття чинності договором страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності по випадкам, що можуть бути визнані як страхові, у разі звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічних захворювань, нещасним випадком.

## 2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

Об'єктом страхування згідно з цими Правилами є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із медичними витратами Страхувальника (Застрахованої особи).

### 3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є:

3.1.1.- хвороба Застрахованої особи;

3.1.2.- хвороба Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;

3.1.3.- смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування у медичному закладі.

3.2. Страховий випадок - подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій особі, визначеній Договором страхування.

Страховим випадком за цими Правилами визнається:

3.2.1- звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у зв'язку з: гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою одержання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програм медичного страхування, що передбачені Договором страхування. Факт настання страхового випадку підтверджується висновком лікаря, який надає медичну допомогу (послугу) Застрахованій особі або відповідним документом медичного закладу про факт звернення Застрахованої особи.

3.2.2.- звернення спадкоємців Застрахованої особи у разі її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі у зв'язку з необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією цієї Застрахованої особи.

### 4. ВИКЛЮЧЕННЯ З СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

а) вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку, крім випадків, передбачених законодавством України;

б) вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

4.2. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

4.2.1. Захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності Договором страхування.

4.2.2. Новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз установлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування.

4.2.3. Хворобою, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування.

4.2.4. Вродженими пороками.

4.2.5. Захворюваннями, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування.

4.2.6. Захворюваннями, які є наслідком замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи) за винятком тих випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб.

4.2.7. Захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів( в тому числі ОРВІ або грип).

4.3. Не укладаються Договори про страхування осіб, які на час укладення Договору є онкологічно хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи,

ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах.

4.4. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався внаслідок:

- а) надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії Договору страхування;
- б) громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу або терористичного акту;
- в) впливу ядерної енергії.

## 5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

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

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

5.2. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку №1 до цих Правил.

5.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці №1 в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця 1

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування												
Строк дії Договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,09	0,18	0,27	0,35	0,45	0,50	0,62	0,70	0,78	0,85	0,95	1,00

5.4. Страховий платіж сплачується одноразово у термін, визначений умовами Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або використати безготівкові форми розрахунків.

## 6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування.

6.2. Загальна сума страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

6.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу.

6.4. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.

6.4.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії ( $D$ ) розраховується за формулою (1) для кожного об'єкту страхування окремо:

$$D = (P2 - P1) \times K \quad (1)$$

де  $P1$ ,  $P2$  - страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно,

*K* - коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею №1 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

6.4.2. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

## 7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника за формою, що встановлена Страховиком. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.

7.2. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній зі сторін.

7.3. Страховик може вимагати, в разі необхідності, довідку про медичне обстеження Застрахованої особи.

а) при первинному укладанні договору страхування медичне обстеження Застрахованої особи здійснюється за рахунок Страхувальника, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

б) при укладанні договору страхування вдруге медичне обстеження Застрахованої особи здійснюється за рахунок Страховика, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

в) заповнена анкета про стан здоров'я Застрахованої особи та довідка про медичне обстеження (якщо воно проводилось) стають невід'ємною частиною договору страхування.

7.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інший порядок не передбачено Договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:

а) при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового внеску;

б) при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового внеску на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині, якщо це обумовлено Договором страхування.

7.5. При укладанні Договору про страхування третіх осіб (крім дітей у віці до 16-ти років) необхідна письмова згода цих осіб.

7.5.1. При укладанні договору страхування (якщо Страхувальник - юридична особа) додається список Застрахованих осіб з зазначенням по кожній особі страхової суми, страхового платежу.

7.6. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

7.7. Договір страхування може бути укладений на підставі цих Правил на умовах страхування медичних витрат за окремими медичними послугами (Додаток 1 цих Правил) або відповідно до наступних Програм медичного страхування (надалі - Програми):

**Програма "А"** - "Амбулаторно-поліклінічне лікування". На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару:

- супроводження Застрахованої особи медичним персоналом під час амбулаторно-поліклінічного лікування;

- консультації та інші професійні послуги лікарів;

- консультація спеціалістів відповідного профілю;

- проведення обстеження (проведення лабораторних аналізів, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, гістологічних обстежень і т. ін.);

- лікувальні процедури;

- лікувальні засоби іншого характеру (фізіотерапія, масаж і т. ін.);

- проведення хірургічних операцій в амбулаторних умовах;

- медикаментозне забезпечення;
- оформлення довідок та інших медичних документів;
- диспансерне спостереження.

**Програма** – “Консультативно-діагностична допомога” гарантує оплату Страховиком вартості медичних послуг, які пов’язані з проведенням складних діагностичних обстежень та консультацій, які не можливо провести в умовах поліклініки.

**Програма** – “Додаткові послуги” гарантує оплату Страховиком вартості медичних послуг при забезпеченні наступних умов для Застрахованої особи:

- вибір лікарні та/або лікаря;
- надання додаткового сервісу (забезпечення холодильником, кондиціонером, телевізором і т. ін.)

**Програма "В"** - "Стаціонарне лікування". На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях:

- супроводження медичним персоналом Застрахованої особи під час госпіталізації у стаціонар;
- лікування в стаціонарі (на денному стаціонарі, стаціонарі на дому);
- консультація спеціалістів відповідного профілю;
- проведення обстеження (проведення лабораторних аналізів, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, гістологічних обстежень і т. ін.);
- лікувальні процедури;
- лікувальні засоби іншого характеру (фізіотерапія, масаж і т. ін.);
- проведення хірургічних операцій;
- персональний догляд медичним персоналом (післяопераційних, в тяжких станах);
- медикаментозне забезпечення;
- медичне транспортування в разі необхідності з одного лікувального закладу до іншого;
- транспортування необхідних спеціалістів, медичної апаратури до Застрахованої особи;
- сервісні послуги (готельні послуги, послуги харчування);
- оформлення довідок та інших медичних документів.

**Програма** – “Допомога вагітним” гарантує оплату Страховиком вартості медичних послуг, які пов’язані з вагітністю та пологами:

- консультація спеціалістів відповідного профілю;
- лікувальні процедури;
- персональний догляд медичним персоналом;
- проведення обстеження (проведення лабораторних аналізів, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, гістологічних обстежень і т. ін.);
- догляд за новонародженою дитиною;
- медикаментозне забезпечення;
- медичне транспортування в разі необхідності з одного лікувального закладу до іншого;
- транспортування необхідних спеціалістів, медичної апаратури до Застрахованої особи;
- сервісні послуги (готельні послуги, послуги харчування);
- оформлення довідок та інших медичних документів.

**Програма** – “Стоматологічна допомога” гарантує оплату Страховиком вартості медичних послуг, наданих Застрахованій особі в лікувальному закладі:

- лікувальна стоматологія: терапевтичне, хірургічне або ортодонтичне лікування;
- протезування.

При страхуванні відповідно до цієї Програми не відшкодовуються витрати, які пов'язані з косметичним або профілактичним лікуванням (протезуванням).

**Програма "С" - "Швидка медична допомога".** На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги:

- виклик бригади швидкої медичної допомоги спеціалізованого профілю або загальнопрофільної;
  - консультації та інші професійні послуги лікарів;
  - виклик дільничного (сімейного лікаря) додому;
  - надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
  - медикаментозне забезпечення;
  - проведення лабораторних аналізів, діагностики в умовах швидкої допомоги;
  - медичне транспортування Застрахованої особи, що потребує медичного супроводження до стаціонарного відділення лікувально-профілактичного закладу.
- При страхуванні відповідно до цієї Програми не відшкодовуються витрати на необґрунтований виклик швидкої допомоги та використання санітарного транспорту не за медичними показниками.

**Програма – “Санаторно-курортне лікування”** гарантує оплату Страховиком вартості медичних послуг, які пов'язані з санаторно-курортним лікуванням та оздоровленням після перенесених захворювань або травм при наявності медичних показників, за направленням лікаря.

**Програма "D" - "Страхування дітей".** На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 17 років на умовах обраної програми страхування (А,В,С).

7.8. При поданні Страхувальником заяви на укладання Договору страхування Страховик може запросити інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування медичних витрат якої укладається Договір страхування. В окремих випадках Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування медичних витрат якої укладається Договір страхування.

## 8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування діє на території України.

8.3. Страховиком можуть встановлюватись обмеження по території дії Договору страхування, за віком - для Застрахованої особи, та інші обмеження, зазначені у Договорі страхування.

## 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. У разі настання страхового випадку отримати страхову суму (її частину) шляхом оплати Страховиком вартості отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно з умовами Договору страхування в межах страхової суми.

9.1.2. На укладання Договору страхування про страхування третьої особи (Застрахованої особи) за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування і цими Правилами.

9.1.3. На зміну умов Договору страхування за згодою сторін згідно з розділом 13 цих Правил. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування між Страховиком та Страхувальником.

9.1.4. На дострокове припинення Договору страхування згідно з умовами цих Правил.

9.1.5. На отримання дублікату Договору страхування, страхового свідоцтва (полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Повідомити Страховику достовірну інформацію, що має значення для визначення ступеня ризику.

9.2.2. Вся інформація надається в письмовому вигляді за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).

9.2.3. Сплачувати страховий платіж у розмірі і в строки, що обумовлені Договором страхування.

9.2.4. Протягом 3 (трьох) робочих днів повідомити Страховика про настання страхового випадку.

9.2.5. При зміні ступеня ризику протягом 3 (трьох) робочих днів повідомити в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування.

9.2.6. Повідомити Страховика про інші діючі Договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи.

9.2.7. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

9.3. Страховик має право:

9.3.1. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

9.3.2. Відмовити у виплаті страхової суми у випадках, передбачених пунктами 4.1. – 4.4. цих Правил, а також якщо Страхувальник (Застрахована особа):

а) не надав усіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

б) надав Страховику свідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

в) невчасно повідомив Страховика (пункт 9.2.4. цих Правил) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

г) вчинив навмисний злочин, що призвів до страхового випадку;

д) вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку.

9.3.3. При наявності сумнівів у підставах для виплати страхової суми (її частини) відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав на термін, що не перевищує 3 (трьох) місяців.

9.3.4. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.4.2. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (її частини) шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої обумовлюється договором страхування.

9.4.3. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми (її частини).



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

9.4.5. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації щодо учасників та умов Договору страхування за винятком випадків, передбачених Законодавством України.

9.4.6. За заявою Страхувальника у разі збільшення страхової суми переукласти з ним Договір страхування.

9.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомити одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

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

## 10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку Застрахована особа для отримання медичної допомоги та медичних послуг повинна звернутися до медичного закладу з переліку визначених у Договорі страхування.

10.2. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи:

- а) оригінал Договору страхування (страхового полісу);
- б) документ, що посвідчує Застраховану особу.

10.3. Застрахована особа повинна надати Страховику заяви про страхову виплату, достовірні дані про обставини та умови страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію за вимогою Страховика.

10.4. Виплата страхової суми (її частини) здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання заяви та документів медичного закладу, що надав Страхувальнику (Застрахованій особі) медичні послуги (лікарняний лист або довідка медичного закладу щодо діагнозу та тривалості лікування Страхувальника (Застрахованої особи), медична картка або витяг з історії хвороби та інші) згідно з Договором про співпрацю між Страховиком та цим медичним закладом.

## 11. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВИХ СУМ

11.1. Страховик зобов'язаний в термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 12 цих Правил) прийняти рішення про виплату чи відмову у виплаті страхової суми.

11.2. Страховик може прийняти рішення про відмову у виплаті страхової суми відповідно до п. 9.3.2. цих Правил.

11.3. При відмові у виплаті страхової суми (її частини) Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше 20 (двадцяти) робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір медичних витрат.

## 12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) протягом 20 робочих днів - відповідно до умов Договору страхування шляхом сплати медичному закладу вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо

інший термін не передбачено конкретним Договором з медичним закладом. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;

- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.2. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов Договору страхування шляхом сплати Аптеці за необхідні медикаменти та матеріали, надані Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;

- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.3. У випадках, коли в медичному закладі, передбаченому Договором страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено із Страховиком), немає медикаментів та матеріалів, що необхідні для надання Застрахованій особі медичної допомоги, Страховик може здійснити страхову виплату Застрахованій особі для компенсації вартості медикаментів та матеріалів, що придбані самостійно.

Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;

- документів, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік медикаментів та матеріалів;

- чеків фармацевтичних установ.

12.4. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик може виплатити страхову суму (її частину) Застрахованій особі безпосередньо або здійснювати страхову виплату шляхом оплати наданої Застрахованій особі допомоги в закладах охорони здоров'я, які не передбачені Договором страхування та з якими Страховик не має Договору про надання допомоги Застрахованим особам, на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- рахунків медичного закладу;

- документів, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

Розмір страхової виплати розраховується виходячи із розміру фактичних витрат.

12.5. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) відповідно до умов Договору страхування шляхом сплати Асистуючій компанії, яка організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування.

Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;

- документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір медичних витрат: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю

відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість.

12.6. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

12.7. Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) через касу або у безготівковому порядку відповідно до умов Договору страхування.

12.8. За кожен день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня у розмірі, визначеному Договором страхування або Договором із медичним закладом.

### 13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Будь-які зміни умов Договору страхування, що відповідають умовам цих Правил, здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів із моменту одержання письмової згоди.

13.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

13.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

13.4. Якщо будь-яка із Сторін не згодна на внесення змін в Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

### 14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення його дії.

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань у повному обсязі - з дня остаточного розрахунку.

14.1.3. Несплати Страхувальником страхового внеску або першої частини страхового внеску у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (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.

14.1.4. Втрати Страхувальником прав юридичної особи внаслідок ліквідації - з дня, наступного за датою підписання відповідних документів, а також у випадку смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування".

14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору Сторони зобов'язані письмово сповістити одна одну не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення його дії, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхової суми (її частини), 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.

14.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, виплат страхової суми (її частини), що були здійснені за цим Договором страхування.

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

## 15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

15.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру, розміру витрат і виплат страхової суми вирішуються Сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг Стороною, яка запрошує експерта.

15.3. При неможливості врегулювання спірних питань справа розглядається у порядку, встановленому законодавством України.

15.4. Позов по вимогам, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений законодавством України.

## 16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

16.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом 3 (трьох) робочих днів повідомити Страховика про значні зміни в обставинах, які були представлені Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

16.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ступеня ризику.

16.1.3. У випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно з пунктом 14.4. цих Правил.

**Додаток №1**  
**до Правил добровільного страхування**  
**медичних витрат від 15.02.07 р.**

**СТРАХОВІ ТАРИФИ**

1. Базові річні страхові тарифи відповідно до програм страхування медичних витрат наведені у таблицях №№1-5.

Таблиця 1. Програма “А” – “Амбулаторно-поліклінічне лікування”,  
 “Консультаційно – діагностична допомога”, “Додаткові послуги”

<b>Вік Застрахованої особи (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)</b>
18-40	5,2
41-55	7,1
56-60	9,3
60-65	9,9

Таблиця 2. Програма “В” - “Стационарне лікування”,  
 “Стоматологічна допомога”,  
 “Допомога вагітним”

<b>Вік Застрахованої особи (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)</b>
18-40	5,3
41-55	7,2
56-60	9,3
60-65	11,0

Таблиця 3. Програма “С” – “Швидка медична допомога”,  
 “Санаторно-курортне лікування”

<b>Вік Застрахованої особи (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)</b>
18-40	4,8
41-55	6,9
56-60	9,5
60-65	12,0

Таблиця 4. Програма “D” – “Страхування дітей”,

<b>Вік Застрахованої особи (років)</b>	<b>Базовий річний страховий тариф (у % від страхової суми)</b>		
	<b>Амбулаторно-поліклінічне лікування</b>	<b>Стационарне лікування</b>	<b>Швидка медична допомога</b>
3-9	9,6	9,8	6,2
10-17	7,4	5,8	4,8

Базовий річний страховий тариф на випадок смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування у медичному закладі складає 0,8% від страхової суми.

2. В залежності від факторів, які істотно впливають на ступінь страхового ризику, до базового страхового тарифу можуть застосовуватись наступні коригуючі коефіцієнти:

Таблиця 5.

Результати обстеження, фактори ризику	Коригуючий коефіцієнт
Функціональні розлади та хронічні захворювання	1,3
Паління	1,01
Регулярне вживання алкоголю	1,05
Надлишкова вага	1,02
Спадковість	1,03
Несприятливий екологічний стан	1,3
Важкі умови праці (робітники, зайняті на підземних, гірських роботах, сталеплавильних цехах та ін.)	1,4

3. В залежності від кількості осіб, що підлягають страхуванню – до базового страхового тарифу застосовуються наступні коригуючі коефіцієнти:

Кількість застрахованих	Коригуючий коефіцієнт
50 – 80	0,95
80 – 110	0,94
110 – 200	0,92
200 – 250	0,91
більше 250	0,90

4. Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від конкретних умов Договору страхування (“часової” франшизи – періоду з початку дії договору страхування, протягом якого не вважається страховим випадок, який настав, включення або виключення окремих ризиків або нозологій тощо), а також з врахуванням індивідуального ступеня ризику розраховується за допомогою як підвищувальних (від 1,1 до 3,0) так і понижуючих (від 0,2 до 0,9) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення базового страхового тарифу на корегувальний коефіцієнт.

5. У будь-якому випадку кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 60% від страхової суми.

6. При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (неповний місяць рахується як повний):

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	9	18	27	35	45	50	62	70	78	85	95

7. Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів за цими Правилами становить 30%.

Актуарій \_\_\_\_\_ (Шапошнікова С.В.)

Диплом №21 від “17” вересня 1999 р.