

**"ЗАТВЕРДЖУЮ"**

*Генеральний директор  
ЗАТ СК "САТІС"*

**Яхниця І. О.**

**22 вересня 2006 р.**

**ПРАВИЛА**

**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

**(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

**м. Київ - 2006 р.**

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил ЗАТ СК «САТІС» (далі по тексту - **Страховик**) укладає Договори добровільного медичного страхування (далі Договір ДМС) з юридичними особами або з повнолітніми і дієздатними фізичними особами (надалі **Страхувальниками**), за умовами яких гарантує організацію та фінансування медичної допомоги певного переліку та якості в обсягах Програм добровільного медичного страхування, що є невід'ємною частиною Правил (Додаток №1 до цих Правил).

1.2. **Страхувальник** може укласти Договори медичного страхування про страхування третіх осіб (надалі - Застраховані особи) лише за їх згодою, які можуть набувати прав та обов'язків **Страхувальника** згідно з умовами Договору страхування.

1.3. Обмеження страхування: не укладаються Договори ДМС громадян, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I - III груп, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

1.4. **Асистуюча компанія** - компанія, з якою **Страховик** має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів ДМС в частині організації та фінансування медико-санітарної допомоги у обсязі страхових медичних програм.

## 2. СУБ'ЄКТИ ТА ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. **Страхувальники** - дієздатні фізичні особи віком до 70 років або юридичні особи, які уклали зі **Страховиком** Договір ДМС. **Страхувальник** може укласти зі **Страховиком** Договір ДМС третьої особи - **Застрахованої особи**.

2.2. **Застрахована особа** - фізична особа, про добровільне медичне страхування якої укладено Договір ДМС. Якщо **Страхувальник** уклав Договір про власне добровільне медичне страхування, то він водночас є і Застрахованою особою.

2.3. **Об'єктом страхування** згідно з цими Правилами є майнові інтереси, які не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

## 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВИХ СУМ.

3.1. **Страховим ризиком** за цими Правилами є захворювання Застрахованої особи та стан (належність до медико-соціальних груп ризику та інше) чи обставини (перебування у вогнищі інфекції, вплив потенційно небезпечних факторів та інше), що потребують консультаційно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги.

3.2. **Страховий випадок** - подія, передбачувана Договором ДМС, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок **Страховика** здійснити виплату страхової суми або її частини.

Страховим випадком є отримання Застрахованою особою у закладах охорони здоров'я, під час дії Договору ДМС, медичної допомоги: комплексного диспансерного обслуговування (а саме: комплекс діагностичних, лікувальних, профілактичних та санітарно-оздоровчих заходів, що направлені на активне та пасивне виявлення, лікування та профілактику гострих і хронічних захворювань) та медико-санітарної допомоги з переліку передбачених Договором ДМС, або запропонованому Асистуючою компанією (якщо у Договорі ДМС визначено, що медико-санітарна допомога здійснюється через таку компанію) в разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку у межах, передбачених Договором ДМС, згідно з обраними Програмами ДМС.

3.3. **Страховик** не несе відповідальність (не здійснює виплати страхових сум або їх частин) в разі отримання медичної допомоги Застрахованою особою у закладі охорони здоров'я у зв'язку з:

3.3.1. Хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків,

токсичних речовин та медичних препаратів без призначення лікаря (за виключенням випадків насильницького застосування таких речовин щодо Застрахованої особи третіми особами), самолікування.

3.3.2. Хворобою або травмою, які є наслідком:

- замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями третіх осіб;
- вчинення Застрахованою особою навмисного злочину;
- навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
- спроби здійснення Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
- управління Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі ним управління особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, а також особі, яка не мала прав водія відповідної категорії.

3.3.3. Виплата страхових сум або їх частин не здійснюється (якщо інше не обумовлено Договором страхування) у випадках :

- венеричних захворювань, СНІДу - незалежно від терміну виявлення;
- особливо небезпечних інфекцій (віспа, чума, холера та інші), сибірська виразка;
- алкоголізму, наркоманії, токсикоманії - незалежно від терміну виявлення;
- оперативного втручання, пов'язаного з пересадкою органів;
- захворювань, пов'язаних з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за виключенням ГРВІ, грипу);
- захворювання та травми, що є наслідками військових дій, заколотів, повстань, громадських заворушень, страйків, ядерного вибуху, а також дії радіації;
- якщо медична допомога не має терапевтичної доцільності (косметична операція та інше).

3.4. **Страховик** має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримані комплексне диспансерне обслуговування та медико-санітарна допомога, які не визначені Договором ДМС, або Застрахованою особою були отримані комплексне диспансерне обслуговування та медико-санітарна допомога у закладах охорони здоров'я, не визначених Договором ДМС, без попереднього погодження з **Страховиком (Асистуючою компанією)**. У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією **Страховика** на підставі висновків закладу охорони здоров'я.

#### 4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Термін дії Договору ДМС визначається при його укладанні.

4.2. Підставою для укладання Договору ДМС є письмова або усна заява **Страхувальника**. У разі, коли **Страхувальником** є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

При поданні заяви на укладення Договору **Страхувальник** повинен надати при необхідності за вимогою **Страховика** повну інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається Договір. **Страховик** може вимагати медичного обстеження особи, про страхування якої укладається Договір.

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

При укладанні Договору медичного страхування одночасно декількох Застрахованих осіб цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання Договору страхування. Факт укладання Договору ДМС може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом чи ін.), що є формою Договору.

4.4. Договір ДМС набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування, а саме:

4.4.1. При сплаті страхового платежу готівкою - з дня внесення грошей в касу **Страховика**.

4.4.2. При сплаті страхового платежу безготівковим шляхом - з 00 годин дня, наступного за днем зарахування коштів на розрахунковий рахунок **Страховика**.

4.5. Дія Договорів ДМС поширюється на територію України, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

## **5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. РОЗМІР СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ, ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ**

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між **Страхувальником** та **Страховиком** при укладанні Договору ДМС. Страхова сума може встановлюватися для кожної обраної Програми ДМС окремо.

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

Розмір страхового платежу визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку №2, який є невід'ємною частиною цих Правил.

5.3. Страхова премія сплачується у терміни та у порядку, які визначені Договором страхування.

5.4. **Страхувальник** може сплатити страхову премію готівкою у касу **Страховика** чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків.

## **6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

6.1. **Страхувальник має право:**

6.1.1. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до п.10.3 цих Правил.

6.1.2. За домовленістю із **Страховиком** внести зміни до умов діючого Договору, про що укладається Додаткова угода до діючого Договору страхування з урахуванням умов розділу 8 цих Правил.

6.1.3. Вимагати виконання **Страховиком** умов Договору страхування.

6.1.4. Вимагати забезпечення організації надання та оплати наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги в межах, передбачених Договором страхування.

6.2. **Страхувальник зобов'язаний:**

6.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

6.2.2. 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. Надати **Страховику** достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які **Страховик** вимагає при укладанні Договору страхування; при необхідності надати **Страховику** можливість медичного обстеження Застрахованої особи.

6.2.3. Повідомити **Страховика** про інші діючі договори страхування щодо Застрахованої особи.

6.2.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку (Застрахована особа повинна чітко дотримуватись приписів та призначень лікарів, не порушувати режиму закладу охорони здоров'я, що надає таку допомогу, призначень

лікаря та таке інше).

6.2.5. Повідомити **Страховика** про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами Договору страхування.

6.2.6. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки **Страхувальника**, в тому числі:

- сповіщати **Страховика** протягом терміну дії Договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються **Страхувальника** і Застрахованої особи;
- в разі необхідності отримання комплексного диспансерного обслуговування та медико-санітарної допомоги в лікувальному закладі, не передбаченому Договором страхування, узгодити це з **Страховиком** до отримання цієї допомоги. Якщо Договором страхування передбачена організація надання та фінансування комплексного диспансерного обслуговування та медико-санітарної допомоги через Асистуючу компанію, то медичний заклад узгоджує надання комплексного диспансерного обслуговування та медико-санітарної допомоги та їх обсяг з Асистуючою компанією.

### 6.3. **Страховик має право:**

6.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за результатами приймати рішення щодо укладення Договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану **Страхувальником** інформацію (вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я та правильності встановлення діагнозу, призначень лікаря та таке інше).

6.3.3. Надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

6.3.4. Відмовити у виплаті страхових сум або їх частин у випадках, зазначених у п.п. 3.3.- 3.4 цих Правил, а також якщо **Страхувальник** (Застрахована особа):

- повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання Договору страхування;
- не подав на вимогу **Страховика** документів, які підтверджують факт настання страхового випадку;
- в інших випадках, передбачених чинним законодавством.

6.3.5. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до п. 10.4 цих Правил, якщо **Страхувальник** надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання Договору страхування або не сплатив страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений Договором страхування термін та у встановленому Договором страхування обсязі.

### 6.4. **Страховик зобов'язаний:**

6.4.1. Ознайомити **Страхувальника** з умовами та правилами страхування.

6.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми або її частини **Страхувальнику**, якщо інше не передбачено Договором ДМС.

6.4.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхової суми або її частини у передбачений договором термін. **Страховик** несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми шляхом сплати **Страхувальнику** чи закладу охорони здоров'я неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або

договору з закладом охорони здоров'я.

6.4.4 Тримати в таємниці відомості про **Страховальника** і його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

6.4.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки **Страховика**, в тому числі:

- у разі настання страхового випадку протягом терміну, передбаченого Договором, між **Страховиком** та закладом охорони здоров'я (**Асистуючою компанією**), але не більше ніж 30 днів після одержання усіх належним чином оформлених необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити страхову виплату;

- якщо Застрахована особа одержала комплексне диспансерне обслуговування та медико-санітарну допомогу у закладі охорони здоров'я, з яким **Страховик** не має договірних відносин, з попереднім погодженням зі **Страховиком (Асистуючою компанією)**, та сплатила вартість такої допомоги особисто, або придбала лікарські засоби, прописані для лікування, **Страховик** здійснює виплату у термін, передбачений Договором ДМС, але не більше 30 днів після одержання всіх необхідних документів.

6.5. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені цими Правилами та Договором страхування, здійснюють її батьки або опікуни.

## 7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

7.1. При настанні страхового випадку Страховальник зобов'язаний:

7.1.2. Протягом 48 годин зв'язатися з відповідальним представником Страховика за телефонами, що вказані в Договорі, та повідомити про настання страхового випадку;

7.1.3. Після звернення до відповідального представника Страховика з приводу страхового випадку виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій;

7.1.4. При необхідності сприяти проведенню Страховиком експертизи страхового випадку та вартості медичних послуг.

7.1.5. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховальника, що потребують виконання при настанні страхового випадку.

## 8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

8.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово або усно повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 10 днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено умовами Договору.

8.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як Додаткова угода до діючого Договору ДМС.

## 9. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТ СТРАХОВИХ СУМ

9.1. При настанні події, передбаченої у п. 3.2. цих Правил, **Застрахована особа** звертається до закладів охорони здоров'я.

9.1.1. При зверненні **Застрахованої особи** до закладу охорони здоров'я, що визначений Договором страхування, або **Асистуючої компанії**, комплексне диспансерне обслуговування та медико-санітарна допомога надаються на підставі пред'явлення Договору страхування (або документу, що підтверджує факт укладання Договору страхування) та документу, що посвідчує особу.

Заклад охорони здоров'я (**Асистуюча компанія**) сповіщає **Страховика** про настання

страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у конкретному договорі з закладом охорони здоров'я (*Асистуючою компанією*).

**Страховик** здійснює виплату страхових сум або їх частин відповідно до умов Договору страхування шляхом оплати медичному закладу (*Асистуючій компанії*) або **Застрахованій особі** (якщо вона самостійно оплатила вартість медичної допомоги) вартості наданих **Застрахованій особі** комплексного диспансерного обслуговування та медико-санітарної допомоги в зв'язку зі страховим випадком на підставі страхового акту та заяви про виплату. Для отримання страхової суми **Застрахована особа** надає **Страховику** договір страхування, документ, що посвідчує особу, рахунки закладів охорони здоров'я, документи, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням повного діагнозу та ін. документи).

9.1.2. При одержанні **Застрахованою особою** комплексного диспансерного обслуговування та медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я, не визначеному Договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено з **Страховиком** або *Асистуючою компанією*, після закінчення лікування виплата страхової суми або її частини здійснюється **Застрахованій особі** на підставі страхового акту та заяви про виплату, рахунків закладів охорони здоров'я, документів, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням повного діагнозу та ін. документи). Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених зі **Страховиком**.

9.2. При відсутності у закладі охорони здоров'я необхідних медико-санітарних засобів (ліки, перев'язочні засоби, одноразовий інструментарій тощо), що підтверджується довідкою закладу охорони здоров'я, **Страховик** відшкодує **Застрахованій особі** вартість придбаних нею самостійно зазначених засобів згідно з рахунками (чеками) аптек (фармацевтичних установ), або сплачує вартість таких засобів безпосередньо фармацевтичній установі.

9.3. Якщо **Застрахована особа** померла, не отримавши страхову виплату, то право на отримання страхової суми або її частини переходить до спадкоємця **Застрахованої особи** згідно з чинним законодавством. Для отримання страхової виплати спадкоємець надає **Страховику** свідоцтво ЗАГСу або його завірену копію про смерть **Застрахованої особи**, а також документи, що посвідчують вступ спадкоємця в права спадщини та його особу. За письмовим розпорядженням **Застрахованої особи**, оформленим згідно з чинним законодавством, належну до виплати суму може отримати інша особа, при цьому вона повинна надати **Страховику** документи, зазначені у пп. 9.1.1. і 9.1.2. цих Правил. У випадку, якщо **Застрахована особа** є неповнолітньою чи недієздатною, то належну до виплати суму отримують її батьки або опікуни.

9.4. Загальна сума виплат по кожній **Застрахованій особі** за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором ДМС для цієї **Застрахованої особи** та/ або страхової суми, встановленої Договором страхування для відповідної Програми ДМС.

9.5. Належну виплату страхової суми або її частини **Страховик** здійснює в безготівковому порядку закладу охорони здоров'я (*Асистуючій компанії*), в безготівковому порядку або через свою касу **Застрахованій особі** відповідно до її бажання. Виплата здійснюється згідно з п. 6.4.3. цих Правил.

9.6. **Страховик** приймає рішення про виплату страхової суми (її частини) у термін, передбачений Договором ДМС, але не більше 30 днів з дня отримання всіх необхідних документів.

9.7. **Страховик** приймає рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування протягом 10 днів з дня отримання всіх необхідних документів, письмово повідомляє **Страховальника** протягом 5 днів з дня прийняття даного рішення з обґрунтуванням причин відмови.

## 10. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

10.1.1. Закінчення терміну дії Договору ДМС.

10.1.2. Виконання **Страховиком** зобов'язань перед **Страхувальником** у повному обсязі.

10.1.3. Несплати **Страхувальником** страхових платежів у встановлені договором терміни. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою **Страховика** протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги **Страхувальнику**, якщо інше не передбачено умовами Договору.

10.1.4. Ліквідації **Страхувальника** - юридичної особи або смерті **Страхувальника**-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.1.5. Ліквідації **Страховика** у порядку, встановленому законодавством України.

10.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

10.1.7. Інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою **Страхувальника** або **Страховика**, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

10.3. 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 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум або їх частин, 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.

10.4. 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 з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум або їх частин, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

## 11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори, пов'язані зі страхуванням, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

11.2. Позов по вимогах, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений **Страховику** в строк, передбачений чинним законодавством.



Додаток №1  
до ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ  
ЗДОРОВ'Я) ЗАТ СК „САТІС”  
від 22.09.2006

**ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

**I. Програма: "Консультаційно-діагностична допомога "**

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої консультаційно-діагностичної допомоги спеціалістами багатопрофільної Клініки та запрошеними консультантами, в тому числі з провідних клінік України, повний спектр лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження.

**II. Програма: "Амбулаторно-поліклінічна допомога "**

Програма гарантує нарівні з консультаційно-діагностичною допомогою надання та оплату лікування у висококваліфікованих спеціалістів клінік будь-якого профілю в умовах поліклініки, в тому числі в денному стаціонарі або вдома із організацією, в разі необхідності, стаціонару вдома.

Програма включає в межах страхової суми:

- надання та оплату висококваліфікованої консультаційно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав Договори про співробітництво;
- проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування;
- рентгенологічні дослідження, ЕКГ, РВГ, РЕГ, ЕЕГ, ультразвукове, термографічне обстеження;
- нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопію, МРТ тощо;
- проведення комплексного диспансерного обслуговування;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших;
- динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії Договору страхування; надання допомоги на дому; проведення реабілітаційних заходів після перенесеного гострого або загострення хронічного захворювання;
- фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками;
- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

**III. Програма: "Стаціонарна допомога "**

Програма гарантує надання та оплату стаціонарної медичної допомоги у провідних лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені угоди про співробітництво. Госпіталізація здійснюється протягом 1-5 діб з часу видачі направлення, та негайно при гострому

захворюванні або нещасному випадку.

Програма включає в межах страхової суми екстрене і планове лікування (по направленню довіреного, провідного лікаря) Застрахованих в умовах стаціонару при виникненні станів і захворювань, що згідно з вимогами МОЗ потребують стаціонарного лікування:

- розміщення в палатах підвищеної комфортності базової медичної установи;
- при необхідності - оперативне хірургічне лікування з урахуванням післяопераційної реабілітації;
- медикаментозне забезпечення в межах ліміту згідно з договором страхування;
- необхідні допоміжні консультативно-діагностичні обстеження в умовах стаціонару;
- консультації і проведення консилиумів лікарів.

#### **IV. Програма: "Невідкладна медична допомога"**

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги, яка надається спеціалістами багатопрофільної клініки, враховуючи проведення заходів по ліквідації станів, які загрожують життю Застрахованого; медикаментозне забезпечення; проведення вдома термінових лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень, медичне транспортування до профільного стаціонару за невідкладними медичними показниками.

#### **V. Програма: "Невідкладна стоматологічна допомога "**

Програма гарантує надання та оплату висококваліфікованої невідкладної терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги під місцевим або загальним знеболюючим засобом з використанням тільки високоякісних матеріалів, обладнання та одноразових інструментів в межах встановленої в Договорі страхування суми, а саме:

- огляд, діагностика і консультація;
- анестезія;
- рентген (за медичними показаннями);
- зняття незйомних протезів для лікування зуба по швидкій допомозі;
- видалення зубів і коренів (за медичними показаннями);
- знеболювання при глибокому карієсі, пульпіті, періодонтиті, периоститі;
- розкриття кореневих каналів (пульпової камери), накладення девіталізуючої пасти;
- встановлення тимчасової пломби;
- лікування гострих станів слизової оболонки ротової порожнини;
- лікування травматичних пошкоджень зубів і щелепи;
- протезування в результаті нещасного випадку (до 3-х зубів).

#### **VI. Програма: "Планова стоматологічна допомога (лікувальна стоматологія)"**

Програма гарантує надання та оплату стоматологічної допомоги в межах встановленої в Договорі страхової суми, включаючи наведені послуги:

- огляд, діагностика і консультація;
- анестезія;
- рентген (за медичними показаннями);
- терапевтичне і хірургічне лікування;
- встановлення постійних пломб;
- реставрація зубів (включаючи використання внутрішньокорневих штифтів);
- зняття твердих зубних відкладень;
- лікування слизової оболонки ротової порожнини;
- стоматологічна фізіотерапія (водний лазер, вакуумний масаж ясен та ін.);
- медикаментозна допомога.

## **VII. Програма: «Забезпечення медикаментами»**

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми:

- медикаментозне забезпечення, назначене провідним лікарем по показаннях (через мережу договірних аптек);
- доставка медикаментів.

Допускається комплексне використання програм добровільного медичного страхування. Оплата медичному закладу, Асистуючій компанії або Застрахованій особі вартості медикаментів та витратних матеріалів проводиться після закінчення повного курсу лікування чи надання ін. послуг.

Умовами Договору можуть бути передбачені інші програми добровільного медичного страхування, якщо це не суперечить законодавству України.

Додаток №2  
до ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ  
ЗДОРОВ'Я) ЗАТ СК „САТІС”  
від 22.09.2006

**БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ (Тб) ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОГРАМИ ДМС**

Вік у роках	<i>Консультаційно-діагностична допомога (Тб1).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	10	80
15-40	5	65
41-55	7	75
56-65	9	80
до 70	10	80

Вік у роках	<i>Амбулаторно-поліклінічна допомога (Тб2).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	10	85
15-40	5	75
41-55	7	80
56-65	9	85
до 70	10	85

Вік у роках	<i>Стаціонарна допомога (Тб3).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	6	85
15-40	3	75
41-55	4	80
56-65	5	85
до 70	6	85

Вік у роках	<i>Невідкладна медична допомога (Тб4).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	6	85
15-40	3	75
41-55	4	80
56-65	5	85
до 70	6	90

Вік у роках	<i>Невідкладна стоматологічна допомога (Тб5).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	20	75
15-40	10	80
41-55	15	85
56-65	20	85

Вік у роках	<i>Планова стоматологічна допомога (лікувальна стоматологія) (Тб6).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	20	75
15-40	15	80
41-55	22	85
56-65	25	85

Вік у роках	<i>Забезпечення медикаментами (Тб7).</i>	
	без хронічних захворювань	з хронічними захворюваннями
	страховий тариф, %	страховий тариф, %
до 14	10	80
15-40	5	65
41-55	7	75
56-65	9	80
до 70	10	80

У окремих випадках, наприклад, при відсутності необхідних даних про стан здоров'я осіб, що підлягають страхуванню, при поганій спадковості, несприятливих умовах праці цих осіб, залежно від кількості обраних програм ДМС і т.і. базовий тариф може бути зменшено або збільшено на підставі застосування коригуючих - понижуючих (від 1 до 0,05) або підвищуючих (від 1 до 5) коефіцієнтів (**Кк**). Розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

Розрахункові тарифи (**Тр**) при комплексному використанні програм ДМС обчислюються за формулою:

$$T_p = (T_{61} + T_{62} + T_{63} + T_{64} + T_{65} + T_{66} + T_{67}) * K_k$$

При укладанні Договорів добровільного медичного страхування з юридичними особами по діючим програмам ДМС можуть застосовуватись пільги залежно від чисельності Застрахованих осіб:

Чисельність Застрахованих осіб	Знижка тарифу
50-80	5%
80-110	6%
110-200	8%
200-250	9%
більш 250	10%

Норматив витрат Страховика на ведення страхової справи становить 30% від величини страхових тарифів.

Актарій \_\_\_\_\_ Шапошнікова С. В.

Диплом № 021 від 17 вересня 1999 р.