

ЗАТВЕРДЖЕНО
рішенням Правління
ПрАТ «СК «ПРОВІДНА»
від 31 серпня 2018 року №26/1

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)
(нова редакція)

№ 10301

від 10 жовтня 2018 року

Дата реєстрації Правил страхування в Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг:	03.10.18
Номер реєстрації:	1738

м. Київ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Поняття та вирази, що використовуються в цих Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Правила страхування), мають такі значення.

- Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «ПРОВІДНА».
- Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, у тому числі фізична особа-підприємець, які є резидентами або нерезидентами України, та уклали зі Страховиком договір страхування.
- Декларація про стан здоров'я** – письмова заява, яка подається Страхувальником або Застрахованою особою під час укладення договору страхування, та містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення договору страхування.
- Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальникові або іншій особі, визначеній в договорі страхування Страхувальником, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.
- Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю якої є предметом договору страхування та на користь якої укладено договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами договору страхування.
- Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховикові згідно з умовами договору страхування.
- Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, що сталася під час дії договору страхування, і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами договору страхування.
- Страховий захист** – захист майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям і

працездатністю Застрахованої особи у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування.

Якщо в період дії страхового захисту внаслідок непередбаченого і раптового настання обумовленої в договорі страхування події (страхового випадку) Застрахованою особою отримана медична (лікувальна, діагностична, консультативна тощо) допомога та інші послуги у межах та в обсязі програми страхування, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами договору страхування шляхом виплати грошових коштів у межах страхової суми, зазначеної в договорі страхування.

- Страхова виплата** – грошова сума, що виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.
- Здоров'я** – стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад.
- Розлад здоров'я** – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.
- Захворювання (хвороба)** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.
- Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
- Хронічне захворювання (хронічна хвороба)** – захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.
- Загострення хронічного захворювання (хронічної хвороби)** – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.
- Медико-санітарна допомога (медична допомога)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.
- Медичні послуги** – консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.

- Програма добровільного медичного страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з договором страхування. Базові програми страхування наведені у додатку 1 до цих Правил страхування. Договір страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька програм страхування. При укладенні договору страхування до базових програм страхування можуть бути внесені зміни з урахуванням індивідуальних побажань Страхувальника або передбачена індивідуальна програма страхування для конкретної Застрахованої особи.
- Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних 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.
Медичні заклади поділяються на базові та консультативно-діагностичні.
Медичні заклади зазначаються у договорі страхування для надання Застрахованій особі медичних послуг при настанні певних подій, визначених договором страхування (страхових ризиків).
- Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика** – сума, що не перевищує встановлену в договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, і за згодою сторін може встановлюватись за окремою програмою страхування, за окремими видами медичних послуг, за одним страховим випадком тощо.
- Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана, ненавмисна, недобровільна та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що сталася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та (або) її загибелі (смерті).
- Одержувач страхової виплати** – особа, яка одержує страхову виплату згідно з умовами договору страхування. Одержувачем страхової виплати може бути Застрахована особа, Страхувальник, медичний заклад, асистуюча компанія.
- Період страхування (період дії страхового захисту)** – строк, зазначений в договорі страхування, протягом якого діє страховий захист.
- Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.
Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, в абсолютній грошовій величині або в днях.

- а) безумовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку.
Безумовна франшиза вираховується при розрахуванні страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.
- б) умовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати якщо витрати, що виникли внаслідок настання страхового випадку і підлягають виплаті на умовах укладеного договору страхування, не перевищують розміру умовної франшизи.
Умовна франшиза не вираховується при розрахуванні страхової виплати, якщо величина витрат, що виникли внаслідок настання страхового випадку, перевищує величину умовної франшизи, встановленої договором страхування. Якщо зазначена величина витрат дорівнює або менша величини умовної франшизи, встановленої договором страхування, страхова виплата не здійснюється.
- в) часова франшиза** – кількість днів, визначена у договорі страхування, протягом яких не діє страховий захист.
- Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа – підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика і координувати дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених договором страхування, організовувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.
- Базовий медичний заклад** – медичний заклад, передбачений Програмою страхування та зазначений в договорі страхування, з яким Страховик уклав договір про співробітництво, в якому приймає координатор Страховика та у який переважно направляються Застраховані особи.
- Координатор Страховика** – працівник медичного закладу, що у разі звернення Застрахованої особи до такого медичного закладу веде спостереження за станом її здоров'я, здійснює організацію надання Застрахованій особі медичних та інших послуг в цьому медичному закладі (в тому числі організовує оформлення лікарняних листів, довідок та інших документів).
- Довірений лікар Страховика** – лікар-працівник Страховика, зазначений в договорі страхування, який протягом строку дії договору страхування веде спостереження за станом здоров'я Застрахованої особи, здійснює організацію надання Застрахованій особі медичних та інших послуг, ліків та товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених програмою страхування.

1.2. Правила страхування розроблені відповідно до чинного законодавства

України та визначають загальний порядок і умови укладання, виконання та припинення строку дії договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

1.3. На умовах цих Правил страхування та чинного законодавства України Приватне акціонерне товариство «Страхова Компанія «ПРОВІДНА» (далі – Страховик), укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – договір страхування) з дієздатними фізичними особами, в т.ч. які здійснюють підприємницьку діяльність, та юридичними особами, незалежно від форм власності, резидентами або нерезидентами України (далі – Страхувальники).

1.4. За договором страхування, укладеним на підставі цих Правил страхування, Страховик зобов'язується за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

- оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої цими Правилами страхування та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

- відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

1.5. Якщо це передбачено договором страхування, деякі обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах страхування та договорі страхування, можуть розповсюджуватися також і на Застрахованих осіб. Вчинення Застрахованою особою дій або його бездіяльність породжує ті ж самі правові наслідки, якби такі дії або бездіяльність вчинив Страхувальник.

1.6. Договір страхування може містити інші положення, які не передбачені цими Правилами страхування, якщо це не суперечить закону.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору добровільного медичного страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

2.2. Застрахованими особами згідно з цими Правилами страхування можуть бути особи віком до 70 років, якщо договором страхування не передбачене інше.

2.3. Якщо договором страхування не передбачене інше, застрахованими не можуть бути особи:

2.3.1. Які на час укладення договору страхування є інвалідами I, II груп;

2.3.2. Визнані у встановленому порядку недієздатними;

2.3.3. Які знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (наркологічному, протитуберкульозному, психоневрологічному, онкологічному тощо), центрах з профілактики та боротьби зі СНІД.

2.4. Особи у віці до 18 років можуть бути застраховані тільки за умови отримання Страхувальником письмової згоди їх батьків (опікунів, піклувальників) на укладання договору страхування.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких здійснюється страхування, є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку.

3.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу із числа передбачених програмою страхування та одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної, оздоровчої, профілактичної тощо медичної допомоги, що потребує надання передбачених програмою страхування медичних послуг при розладі здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку, а також отримання інших послуг, ліків та товарів медичного призначення відповідно до умов, передбачених програмою страхування.

3.2.1. Випадок, визначений у пункті 3.2 цих Правил страхування, визнається страховим, за умови що Застрахована особа звернулася за медичною допомогою або іншими послугами медичного призначення:

а) в період дії договору страхування (страхового захисту за договором страхування);

б) до Страховика, асистуючої компанії, медичного або іншого профілактично-оздоровчого закладу, передбаченого договором страхування;

в) внаслідок настання страхових випадків, передбачених договором страхування, що не підпадають під виключення зі страхових випадків або обмеження страхування, що зазначені у договорі страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на:

4.1.1. Лікування та діагностику психічних захворювань, алкогольної, тютюнової та наркотичної залежності, ВІЛ-інфекції та СНІДу, вірусного гепатиту (крім гепатиту типу А), діагностику та лікування венеричних захворювань, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазмоз та мікоплазмозна інфекція, уrogenітальний герпес, гарднереллез, папіломатоз, ліптотрікс, трихомоніаз, бактеріальний вагіноз, гонорея тощо), лікування захворювань шкіри (псоріаз, екзема, себорейний дерматит, вугрова хвороба, демодекс), мікози, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскариди тощо), проведення алергопроб;

4.1.2. Лікування (крім невідкладної допомоги) онкологічних та онкогематологічних захворювань, хронічної ниркової недостатності (штучна нирка), системних захворювань, демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи, лікування вроджених захворювань та вад, туберкульозу (крім невідкладної допомоги), якщо інше не передбачене договором страхування;

4.1.3. Пластичні та реконструктивні операції, операції на серці, трансплантацію органів та тканин, будь-яке протезування (в тому числі зубів), якщо інше не передбачене програмою страхування, ортодонтичне лікування (в тому числі брекетні системи) та лікування зубів з застосуванням лазерних та озонових технологій, поновлення цілісності зубів методом Сегес і йому подібними, вектор-терапія, лікування нетрадиційними методами (діагностика за Фоллем, біоенергетика, послуги психолога, психоаналітика, психотерапевта, гомеопатія фірми HEEL тривалістю прийому більше 30 (тридцяти) днів, гірудотерапія, голкотерапія, озонотерапія, склеротерапія, мануальна терапія тощо), процедури, пов'язані з корекцією зору (в тому числі лазерна хірургія ока), корекцію фігури, проведення курсу лікування у косметолога, проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах, проведення масажу (більше одного курсу – 10 процедур), проведення курсу лікування за абонементом;

4.1.4. Медичні послуги, медикаменти, послуги та товари медичного призначення передбачені програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки, придбані поза аптечною мережею України, засоби догляду (комір Шанса, бандаж, еластичні бинти тощо), косметичні та гігієнічні засоби, біостимулятори, харчові добавки, лікарські засоби, необхідні для проведення тривалої терапії, строком більше 30 (тридцяти) днів (препарати, що мають вплив на гормональний стан, в т.ч. ферментні та гормональні препарати тощо),

лікарські засоби, необхідні для тривалого або постійного прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються всі витрати до стабілізації стану здоров'я);

4.1.5. Спостереження за вагітністю та пологи, якщо інше не передбачене договором страхування та програмою страхування, витрати на діагностику та лікування безпліддя (порушення менструального циклу – гіперандрогенія, полікістоз яєчників, гіперпролактинемія тощо), визначення гормонального стану, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, лікування, процедури, препарати та засоби для запобігання вагітності, стерилізація (застосування як хірургічних, так і фармацевтичних засобів), діагностика та лікування порушень статевої функції;

4.1.6. Медичні послуги при розладі здоров'я, травмах, опіках, отруєннях, одержаних Застрахованою особою в стані або в результаті алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння, внаслідок військових дій, страйків або навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку;

4.1.7. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок спроби самогубства, навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.1.8. Медичні послуги при розладі здоров'я, який прямо чи опосередковано виник внаслідок воєнних дій будь-якого характеру (незалежно від того чи був оголошений стан війни), заколоту, терористичних дій, революції чи будь-якої операції військового типу, антитерористичних операцій або операцій об'єднаних сил, що проводяться, у тому числі під час строкової служби в армії;

4.1.9. Медичні послуги при травматичному ушкодженні внаслідок внутрішнього громадського заворушення, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що відповідно до чинного законодавства України кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності;

4.1.10. Медичні послуги при розладі здоров'я, що виник внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом, на керування яким Застрахована особа не мала права, передаванням Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка знаходилася в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або не мала права керувати транспортним засобом;

4.1.11. Медичні послуги при розладі здоров'я, що стався внаслідок скоєння Застрахованою особою дій, за скоєння яких передбачена кримінальна відповідальність згідно законодавства України;

4.1.12. Медичні послуги при розладі здоров'я, що прямо чи опосередковано виник внаслідок дії матеріалів ядерної зброї, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів спалення ядерного палива. Лише в межах цього виключення спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;

4.1.13. Медичні послуги при розладі здоров'я, що виник внаслідок отримання травми під час участі Застрахованої особи у спортивних заходах або підготовки до них, тренуваннях, зайняття екстремальними видами спорту, якщо інше не передбачене договором страхування. Спортивними заходами за цими Правилами страхування визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі тощо) та інші спортивні події за участю спортсменів;

4.1.14. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок захворювання, що потребує проведення лікування в медичних установах закритого типу;

4.1.15. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок загострення хронічної хвороби, якщо випадок загострення стався до початку дії договору страхування, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана зі зняттям гострого болю;

4.1.16. Оформлення довідок для отримання посвідчення водія, володіння зброєю,

вступу до навчальних (дитячих) закладів.

4.2. Страховик не відшкодовує:

4.2.1. Витрати на медичні та інші послуги, не передбачені договором страхування, витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг, витрати на медичні послуги та товари медичного призначення, отримані у фізичної особи-підприємця без підтвердження їхньої сплати розрахунковими документами (фіскальним чеком, або належним чином оформленою квитанцією до прибуткового касового ордеру тощо);

4.2.2. Витрати на медичні послуги, сплачені за рахунок Застрахованої особи, при отриманні їх із порушенням умов договору страхування, витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, визначеними в договорі страхування, та у разі порушення строку звернення за страховою виплатою, визначеного договором страхування;

4.2.3. Витрати, що виникли після закінчення строку дії або дострокового припинення дії договору страхування, за винятком обставин, коли страховий випадок пов'язаний зі стаціонарним лікуванням, розпочатим в період дії договору страхування. У даному випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період, так і після закінчення строку дії або дострокового припинення дії договору страхування до моменту виписки застрахованої особи зі стаціонару, але не більше ніж 10 (десять) днів після закінчення строку дії договору страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

4.2.4. Витрати на придбання допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, стентів, милиць, колясок тощо), їхній ремонт або прокат, якщо інше не передбачене договором страхування;

4.2.5. Витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять до призначеного лікарем медичного обстеження та (або) лікування, самолікуванням, у т.ч. придбанням Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів тощо;

4.2.6. Витрати за виклик бригади невідкладної медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, яка діє від імені та (або) в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також за відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;

4.2.7. Витрати на планові хірургічні операції ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти, якщо інше не передбачене договором страхування;

4.2.8. Витрати на експериментальне лікування;

4.2.9. Моральну шкоду, упущену вигоду та інші непрямі збитки.

4.3. Договір страхування може передбачати інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам страхування.

4.4. За згодою сторін при укладенні договору страхування деякі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, зазначені у цьому розділі Правил страхування, можуть не застосовуватися в умовах договору страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. СТРАХОВІ ТАРИФИ

5.1. Розмір страхової суми встановлюється за погодженням сторін при укладенні договору страхування або внесенні в нього змін та зазначається в договорі страхування.

Розмір страхової суми визначається виходячи з цін на медичні послуги в медичних закладах різних форм власності, переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі та місця дії договору страхування.

5.2. За згодою сторін страхова сума або ліміт відповідальності (зобов'язань)

Страховика можуть бути визначені за договором страхування в цілому, за програмою страхування, за видами медичних послуг, за окремим страховим випадком, по групі страхових випадків, на оплату вартості допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, стентів, милиць, колясок тощо), в тому числі їхній ремонт або прокат тощо.

5.3. Якщо Страхувальник укладає договір страхування декількох осіб, розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика встановлюється окремо для кожної Застрахованої особи, а в договорі страхування зазначається як розмір страхової суми за договором страхування в цілому, так і розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика для кожної Застрахованої особи.

5.4. Якщо це передбачено договором страхування, у період дії договору страхування Страхувальник за згодою зі Страховиком може збільшити розмір страхової суми або ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика, уклавши додатковий договір до договору страхування та сплативши додатковий страховий платіж.

5.5. Розмір страхового платежу визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у договорі страхування залежно від обраних програм страхування, переліку послуг за програмами, рівня лікувальних закладів, в яких буде надаватися медична допомога, строку, місця дії договору страхування, відомостей про стан здоров'я Застрахованої особи та інших чинників залежно від конкретних умов страхування.

5.6. Ставка страхового тарифу встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладенні договорів страхування за цими Правилами страхування, зазначені в додатку 2 до цих Правил страхування.

5.7. Страхувальник сплачує Страховикові страховий платіж (страховий внесок, страхову премію) як плату за страхування згідно з умовами договору страхування.

5.8. Страхувальник – фізична особа може сплатити страховий платіж готівковими грошовими коштами в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика.

5.9. Страхувальник – юридична особа сплачує страховий платіж шляхом безготівкового перерахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

5.10. Страхувальники-резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.11. Зазначений в договорі страхування страховий платіж може сплачуватися одноразово або частинами в порядку та строки, визначені договором страхування.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк та місце дії договору страхування визначається при укладенні договору страхування за згодою сторін і зазначається в договорі страхування.

6.2. Місцем дії договору страхування є Україна, якщо інше не передбачене в договорі страхування.

6.3. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або його першої частини, якщо інше не передбачене договором страхування.

Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності з 00 год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем надходження страхового платежу (першої його частини) на поточний рахунок або в касу Страховика.

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

6.5. Страховик вправі вимагати від Страхувальника надати будь-яку іншу додаткову інформацію, необхідну для оцінки страхового ризику та укладення договору

страхування. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження.

6.6. На підставі отриманої від Страхувальника інформації Страховик приймає рішення про укладення договору страхування.

6.7. Страхувальники можуть укладати договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

6.8. Якщо Страхувальник укладає договір страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним здоров'ям та життям, то він одночасно є Застрахованою особою і на нього поширюються права та обов'язки Застрахованої особи.

6.9. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом, карткою), що є формою договору страхування.

6.10. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавства України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, Страхувальник повинен надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника

6.11. При страхуванні групи осіб, договір страхування (страхове свідоцтво, поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до договору страхування додається перелік Застрахованих осіб із зазначенням ставки страхового тарифу, розміру страхового платежу та страхової суми для кожної Застрахованої особи. Форму переліку Застрахованих осіб визначає Страховик. Перелік Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування і підписується Сторонами договору страхування.

6.12. За погодженням сторін договір страхування може передбачати власну участь Страхувальника (Застрахованої особи) в оплаті отриманих медичних послуг в розмірі франшизи, встановленої в договорі страхування за окремою програмою страхування.

6.13. За згодою сторін договір страхування може передбачати також часову франшизу від 5 (п'яти) до 30 (тридцяти) діб, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування.

6.14. Застрахованій особі забороняється використовувати договір страхування (страхове свідоцтво, поліс, сертифікат) з метою отримання іншими особами медичних та (або) інших послуг.

6.15. У разі втрати оригіналу договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальникові дублікат. Після видачі дублікату втрачений примірник договору страхування вважається недійсним.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник має право:

7.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;

7.1.2. Укласти зі Страховиком договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним життям, здоров'ям та працездатністю та договори страхування майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою;

7.1.3. Визначити осіб, які підлягають страхуванню;

7.1.4. Під час укладення договору страхування включати до переліку Застрахованих осіб як штатних працівників, так і осіб, які працюють за трудовим договором, сумісників, а також членів сімей Застрахованих осіб лише за їх згодою.

В період дії договору страхування включати до переліку Застрахованих осіб нових працівників, які мають трудові відносини (уклали трудові договори) зі Страхувальником в період дії договору страхування, або які на інших підставах мають право на їх включення до переліку Застрахованих осіб.

Включення в період дії договору страхування до переліку Застрахованих осіб членів сімей Застрахованих працівників Страхувальника допускається лише як виняток і за письмової згоди Страховика. При цьому Страховик приймає рішення про включення або не включення до переліку Застрахованих осіб членів сімей працівників Страхувальника в залежності від їх стану здоров'я та інших чинників;

7.1.5. Ініціювати внесення змін до переліку Застрахованих осіб в період дії договору страхування;

7.1.6. При настанні страхового випадку вимагати від Страховика оплати наданих Застрахованій особі медичних та інших послуг певного переліку і якості в обсязі програми страхування, що була передбачена договором страхування;

7.1.7. Надати письмову заяву Страховикові щодо недоліків при наданні медичних послуг застрахованій особі та вимагати усунення цих недоліків;

7.1.8. Ініціювати внесення змін до умов договору страхування та (або) дострокове припинення дії договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування;

7.1.9. У разі втрати договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою про видавання його дубліката;

7.1.10. За письмовою згодою Застрахованої особи призначати в договорі страхування фізичних або юридичних осіб – Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування;

7.1.11. Організувати проведення незалежної оцінки (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком оцінки;

7.1.12. Оскаржити прийняте Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

7.2. Страхувальник зобов'язаний:

7.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та в строки, передбачені договором страхування;

7.2.2. При укладенні договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

7.2.3. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору страхування;

7.2.4. Надавати Страховикові перелік осіб, які підлягають страхуванню як Застраховані особи, одночасно з поданням заяви на страхування, якщо інше не передбачено договором страхування;

7.2.5. Ознайомити застрахованих осіб із умовами договору страхування, обов'язки застрахованих осіб згідно з договором страхування, а також про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку;

7.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором страхування, і діяти відповідно до умов договору страхування;

7.2.7. Сплатити додатковий страховий платіж у разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення відповідних змін до умов договору страхування;

7.2.8. Забезпечити збереження документів, що стосуються договору страхування;

7.2.9. У межах своєї компетенції вжити заходів щодо усунення шкідливих чинників, що впливають на здоров'я Застрахованих осіб, та провадити усі можливі заходи,

спрямовані на запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

7.2.10. Виконувати умови договору страхування.

7.2.11. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавством України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

7.3. Застрахована особа має право:

7.3.1. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу належної якості та в обсязі, передбачених програмами страхування, у межах лімітів відповідальності Страховика, передбачених договором страхування;

7.3.2. Під час лікування замінити лікувально-профілактичний заклад або лікаря за згодою Сторін, якщо договором страхування не передбачене інше;

7.3.3. Надати письмову заяву Страховикові щодо недоліків при наданні медичних послуг та (або) про факт неналежного медичного обслуговування у базовому медичному закладі Страховика;

7.3.4. Оскаржити прийняте Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати або її розмір в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

7.4. У випадках, передбачених законом, уповноважений представник Застрахованої особи (один із батьків, усиновитель, опікун тощо) також має права, зазначені у пунктах 7.3.2 - 7.3.4 цих Правил страхування та договорі страхування.

7.5. Застрахована особа зобов'язана:

7.5.1. Свідомо не створювати ризику втрати здоров'я чи заподіяння шкоди своєму здоров'ю, у разі розладу здоров'я звернутися до медичного закладу або до Страховика;

7.5.2. Забезпечити збереження договору страхування (страхового свідоцтва, полісу, сертифікату) і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

7.5.3. У разі втрати договору страхування (страхового свідоцтва, полісу, сертифікату) негайно, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту такої втрати, письмово повідомити Страховика про його втрату;

7.5.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я, наявні ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеня страхового ризику;

7.5.5. Надавати довіреному лікарю Страховика можливість провести медичний огляд (обстеження) у разі прийняття Страховиком рішення про необхідність визначення стану здоров'я Застрахованої особи та проведення такого медичного огляду (обстеження);

7.5.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та строки, передбачені договором страхування, та діяти згідно з вимогами розділу 9 цих Правил страхування та договору страхування;

7.5.7. У період обстеження і лікування виконувати призначенні лікарем лікувально-діагностичні та профілактично-реабілітаційні заходи, дотримуватися правил розпорядку, чинних у медичному закладі, в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

7.5.8. Надати свою згоду на розкриття працівниками медичних закладів лікарської таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення і лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за договором страхування;

7.5.9. Негайно, але не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити Страховика про перебування в лікувальному закладі (стаціонарі), не передбаченому програмою та

договором страхування, та його місцезнаходження. У разі невиконання цієї вимоги без поважних на те причин Страховик має право відмовити у відшкодуванні Застрахованій особі витрат на оплату медичних послуг, отриманих в даному медичному закладі;

7.5.10. У разі сплати медичних послуг за власний рахунок надати Страховикові всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та необхідні для здійснення страхової виплати, які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та страхової виплати, а в разі прийняття Страховиком рішення про необхідність проведення медичного обстеження у довіреного лікаря Страховика, здійснити таке обстеження відповідно до умов, передбачених договором страхування;

7.5.11. Надати Страховикові заяву на здійснення страхової виплати Застрахованій особі при сплаті медичних послуг за власний рахунок та документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, оплату вартості отриманих медичних послуг, та інші документи, зазначені в договорі страхування, не пізніше 30 (тридцяти) днів з дати настання страхового випадку, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

7.5.12. Повернути Страховикові протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором страхування, страхові документи Застрахованої особи у випадку дострокового припинення дії договору страхування стосовно цієї особи;

7.5.13. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання письмової вимоги Страховика, якщо інший строк не передбачений договором страхування, отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності з дати настання страхового випадку виявиться така обставина, що за законодавством України або за договором страхування повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на отримання страхової виплати;

7.6. Якщо Застрахована особа є малолітньою або неповнолітньою, зобов'язання, зазначені в пунктах 7.5.1 - 7.5.13 цих Правил страхування, повинен виконувати її уповноважений представник (один з батьків, усиновитель, опікун тощо).

7.7. Страховик має право:

7.7.1. При укладенні договору страхування вимагати від Страхувальника або особи, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю якої підлягають страхуванню, надання декларації про стан здоров'я або проведення медичного огляду та (або) обстеження, надання результатів такого медичного огляду та (або) обстеження і за наданими результатами приймати рішення щодо укладення договору страхування;

7.7.2. Перевіряти достовірність повідомленої Страхувальником (Застрахованою особою) при укладенні договору страхування інформації, перевіряти іншу, надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення страхового ризику;

7.7.3. У разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмета договору страхування запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж.

У разі відмови Страхувальника внести зміни до договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж Страховик має право достроково припинити дію договору страхування стосовно Застрахованої особи відповідно до умов цих Правил страхування та договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування;

7.7.4. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

7.7.5. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ та організацій, що володіють

інформацією про обставини настання страхового випадку, для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причину настання страхового випадку, вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою;

7.7.6. За необхідності, організувати за свої кошти проведення медичного обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про страхову виплату;

7.7.7. Відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні у випадках, передбачених цими Правилами страхування;

7.7.8. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування;

7.7.9. Ініціювати внесення змін до умов договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування;

7.7.10. Ініціювати дострокове припинення дії договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування.

7.8. Страховик зобов'язаний:

7.8.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування, а також з переліком медичних закладів-партнерів Страховика, визначених для надання медичних послуг за договором та програмою страхування;

7.8.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

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

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

7.8.5. Забезпечити надання медичних послуг Застрахованим особам в обумовлений договором страхування строк;

7.8.6. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з договором страхування та програмою страхування;

7.8.7. При отриманні претензії Застрахованої особи або Страхувальника щодо недоліків при наданні медичних послуг, у десятиденний строк з дня отримання претензії, якщо інший строк не передбачено договором страхування, розглянути її та інформувати Страхувальника й Застраховану особу про вжиті заходи;

7.8.8. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили ступінь страхового ризику, переукласти з ним договір страхування або внести зміни до умов договору страхування;

7.8.9. Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застрахованих осіб та їхнє майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

7.8.10. Виконувати умови договору страхування.

7.9. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТРАХОВОГО РИЗИКУ (СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ)

8.1. Зміни до умов договору страхування вносяться за згодою сторін шляхом укладення додаткового договору до договору страхування.

8.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною договору страхування і

складається у кількості примірників договору страхування.

8.3. Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно, але не пізніше 3 (трьох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, якщо інший строк не передбачено договором страхування, письмово повідомити Страховика про всі зміни страхового ризику.

8.4. Зміною страхового ризику (ступеня страхового ризику) вважається будь-яка зміна даних та (або) обставин, зазначених Страхувальником у заяві про страхування, наприклад, зміна Застрахованою особою посади або посадових обов'язків, переведення на іншу роботу, інше підприємство, в структурний або відокремлений підрозділ, доручення виконання Застрахованою особою роботи на іншому механізмі або агрегаті у межах спеціальності, кваліфікації чи посади, обумовленої трудовим договором, заняття видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя та здоров'я тощо.

8.5. У разі надходження такої заяви Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачено договором страхування, може прийняти рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування, про дострокове припинення його дії щодо конкретної Застрахованої особи, інше рішення.

8.6. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін до умов договору страхування Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховикові додатковий страховий платіж. У випадку невиконання Страхувальником цього зобов'язання Страховик має право ініціювати дострокове припинення дії договору на підставі невиконання Страхувальником своїх зобов'язань за договором страхування.

8.7. У разі відмови Страхувальника внести зміни до умов договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до умов цих Правил страхування та договору страхування.

8.8. Якщо ступінь страхового ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то при настанні страхового випадку Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за страховим випадком, що стався внаслідок такого змінення ступеня страхового ризику.

9. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При розладі здоров'я Застрахована особа не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту виникнення такого розладу здоров'я, якщо інший строк не передбачено договором страхування, безпосередньо звертається за телефонами, вказаними в договорі страхування (страховому полісі, сертифікаті тощо):

– до координатора Страховика у медичному закладі – за необхідності звернення до поліклініки;

– до довіреного лікаря Страховика – за необхідності візиту лікаря додому, звернення до консультативно-діагностичних і стаціонарних медичних закладів тощо;

– до диспетчерського пункту Страховика або безпосередньо до служби невідкладної медичної допомоги – за необхідності надання невідкладної медичної допомоги при гострому захворюванні, травмі або загостренні хронічної хвороби, що загрожує життю Застрахованої особи.

Якщо внаслідок погіршення стану здоров'я Застрахована особа не змогла своєчасно у передбачений цим пунктом строк повідомити про настання події та Застрахованій особі була надана невідкладна медична допомога, вона повинна негайно, але не пізніше 24 годин після стабілізації стану здоров'я, пред'явити представникам медичного закладу договір страхування (страховий поліс, сертифікат тощо) та зателефонувати до Страховика.

Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу.

9.2. При призначенні координатором Страховика у медичному закладі медичних послуг, що не можуть бути надані в даному медичному закладі, Застрахована особа телефонує до довіреного лікаря Страховика за телефонами, зазначеними в договорі страхування, страховому полісі, свідоцтві, сертифікаті та за його направленням відвідує визначений лікарем консультативно-діагностичний медичний заклад з переліку закладів, передбачених програмою страхування.

9.3. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа отримує у довіреного лікаря Страховика рецепт та звертається за ліками в аптечні заклади лікувальних баз Страховика. У разі відсутності рецепта довіреного лікаря Страховика Застрахована особа інформує довіреного лікаря Страховика та звертається до рекомендованого лікарем аптечного закладу або лікар організує доставку ліків Застрахованій особі (додому або до місця роботи). В окремих випадках за письмовим погодженням довіреного лікаря Страховика Застрахована особа здійснює придбання ліків за власні кошти. У даному випадку Страховик відшкодовує Застрахованій особі її витрати на оплату вартості придбаних ліків.

9.4. При зверненні до базової поліклініки, до консультативно-діагностичних медичних закладів за направленням Страховика Застрахована особа одержує призначені довіреним лікарем Страховика медичні послуги та медикаменти, при цьому Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичному та аптечному закладу вартості отриманих Застрахованою особою медичних послуг і медикаментів. Страхові виплати здійснюються на основі документів, що підтверджують вартість медичних послуг та ліків, наданих медичним та аптечним закладами.

9.5. Якщо Застрахована особа має намір звернутися до медичного закладу, не передбаченого договором страхування або програмою страхування, Застрахована особа письмово (заява) обґрунтовує причину звернення до медичного закладу, не включеного до переліку Страховика, та погоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад, перелік медичних послуг та величину вартості погоджених медичних послуг, що гарантовано відшкодовується Страховиком. При цьому Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає заяву Страховикові про страхову виплату. У такому випадку Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок або готівковими коштами через касу Страховика.

9.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

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

10.1. У разі самотійної оплати наданих медичних послуг Застрахована особа надає Страховикові у строк, встановлений у договорі страхування, нижчезазначені документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків:

10.1.1. Довідку лікаря медичного закладу з визначеним діагнозом та призначеними в зв'язку з даним захворюванням медичними послугами, медикаментами (виписка, довідка, акт та інше);

10.1.2. Розрахункові документи: фіскальний чек (за відсутності в медичному закладі касового апарата – квитанцію до прибуткового касового ордера), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), квитанції про оплату отриманих медичних послуг;

10.1.3. Рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку;

10.1.4. Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (за відсутності у фіскальному чеку назви придбаних

медикаментів надається додатково товарний чек);

10.1.5. Якщо медична та або інша послуга надана фізичною особою-підприємцем – копію ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, витяг із Реєстру платників податків, Виписки із Державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань;

10.1.6. Інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості отриманих медичних та інших послуг, придбаних медикаментів на письмовий запит Страховика.

10.2. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, визначається в договорі страхування.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг у межах страхової суми або лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика відповідно до умов договору страхування. Страхові виплати можуть бути здійснені:

- а. Застрахованій особі;
- б. медичному закладу;
- в. асистуючій компанії;
- г. Вигодонабувачу – у разі смерті Застрахованої особи, якщо вигодонабувач призначений у договорі страхування;
- д. спадкоємцям Застрахованої особи.

11.2. Якщо Застрахована особа (Страхувальник) за погодженням зі Страховиком самостійно оплатила вартість одержаних медичних та (або) інших послуг та придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або асистуючої компанії рецептами, Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі, розмір якої визначається на підставі документів, що підтверджують здійснені витрати.

11.3. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі відповідно до умов договору страхування у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг та придбаних медикаментів на підставі заяви Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик.

11.3.1. Страховик складає страховий акт на підставі наданих Застрахованою особою документів, , що підтверджують факт настання страхового випадку та одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів, їх вартість та інших документів, передбачених цими Правилами страхування і договором страхування.

11.3.2. Застрахована особа надає Страховикові для здійснення останнім страхової виплати нижчезазначені документи:

11.3.2.1. Заяву про здійснення страхової виплати;

11.3.2.2. Примірник Договору страхування, якщо Страхувальником є фізична особа, страховий поліс, сертифікат, якщо Страхувальником є юридична особа;

11.3.2.3. Документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, зазначені у розділі 10 цих Правил страхування і договорі страхування;

11.3.2.4. Нотаріальна посвідчена довіреність, видана Застрахованою особою на довірену особу з повноваженнями на право отримання від Страховика страхової виплати, і паспорт такої особи, яка одержує страхову виплату за довіреністю – у разі одержання страхової виплати довіреною особою;

11.3.2.5. Інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів та (або) необхідні для здійснення страхової виплати, на письмовий запит Страховика.

11.4. Страхова виплата може бути виплачена довірений особі Застрахованої особи за довіреністю, оформленою відповідно до встановленого чинним законодавством

України порядку. Якщо Застрахованою особою є малолітня або неповнолітня особа, виплату отримують її батьки або піклувальники.

11.5. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів медичному закладові або асистуючій компанії відповідно до умов договору страхування на підставі документів, обумовлених договором про співробітництво між Страховиком і медичним закладом або асистуючою компанією, що підтверджують факт настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної та іншої допомоги і медикаментів, а також страхового акта, який складає Страховик або уповноважений довірений лікар Страховика.

Страховик оплачує одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг і медикаментів медичному закладові або асистуючій компанії в порядку і строки, встановлені договором про співпрацю між Страховиком і зазначеними установами.

11.6. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу, а якщо він не призначений по договору страхування - спадкоємцеві Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України, якщо Застрахована особа самостійно оплатили вартість одержаних Застрахованою особою медичних та (або) інших послуг чи медикаментів.

11.7. Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу або спадкоємцеві Застрахованої особи відповідно до умов договору страхування на підставі заяви Вигодонабувача, спадкоємця Застрахованої особи і страхового акта, який складає Страховик.

11.7.1. Страховик складає страховий акт на підставі документів, наданих Вигодонабувачем, спадкоємцем Застрахованої особи, що підтверджують факт настання страхового випадку та одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів, їхню вартість, та інших документів, передбачених цими Правилами страхування і договором страхування.

11.7.2. Вигодонабувач, спадкоємець Застрахованої особи надає Страховикові для здійснення останнім страхової виплати нижчезазначені документи:

11.7.2.1. Заяву про здійснення страхової виплати;

11.7.2.2. Примірник Договору страхування, якщо Страхувальником є фізична особа, страхове свідоцтво, поліс, сертифікат, якщо Страхувальником є юридична особа;

11.7.2.3. Документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, зазначені у пунктах 10.1.1 - 10.1.6 Розділу 10 цих Правил страхування, а також у договорі страхування;

11.7.2.4. Копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

11.7.2.5. Документи, що дозволяють ідентифікувати особу-одержувача страхової виплати (паспорт та копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків або довідки податкової інспекції про присвоєння ідентифікаційного номеру);

11.7.2.6. Нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину, оформлену відповідно до чинного законодавства України із зазначенням ступеня споріднення спадкоємця (спадкоємців) – для спадкоємців;

11.7.2.7. Інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів та (або) необхідні для здійснення страхової виплати, на письмовий запит Страховика.

11.8. Документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховикові можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

11.9. Якщо це передбачено умовами договору страхування, Страховик, враховуючи обставини конкретного страхового випадку, може зменшити перелік документів, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

11.10. Якщо у договорі страхування передбачені страхові суми або ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика за окремою програмою страхування, за окремими видами медичних послуг, за конкретним страховим випадком тощо, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих встановлених лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика.

11.11. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати страхову суму та відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика за окремими програмами, окремими видами медичних послуг тощо, встановлені в договорі страхування для Застрахованої особи.

11.12. Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову від здійснення страхової виплати може робити запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

12.1.1. Якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди (збитку);

12.1.2. Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або оцінку, яку проводить експерт незалежної експертної організації;

12.1.3. В інших випадках, передбачених Договором страхування.

12.2. Граничний строк отримання відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, складає 6 (шість) місяців з дня направлення Страховиком відповідного запиту, якщо інше не передбачене договором страхування.

12.3. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком всіх документів (або останнього з них, якщо документи надавалися Страховикові частинами), необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме: документів, передбачених розділами 10 та 11 Правил страхування та (або) Договором страхування, та відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (з урахуванням пункту 12.2. Правил страхування), якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

12.3.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, або

12.3.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє страхувальника (одержувача страхової виплати) про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

12.4. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, якщо це передбачено Договором страхування:

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом;
- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;
- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладений договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладений договір страхування, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

13.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, приховування таких відомостей;

13.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру настання страхового випадку та розміру страхової виплати;

13.1.5. Неподання Страхувальником (Застрахованою особою) документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитку;

13.1.6. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) Страховика про збільшення ступеня страхового ризику;

13.1.7. У разі недотримання Страхувальником (Застрахованою особою) рекомендацій та процедур лікаря, що призвело до погіршення стану її здоров'я і, як наслідок, збільшило розмір збитку;

13.1.8. Наявність обставин, які є виключеннями зі страхових випадків і обмеженнями страхування, передбаченими розділом 4 Правил страхування та (або) Договором страхування;

13.1.9. Інші випадки, передбачені законом.

13.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

13.3. Страхувальник (Застрахована особа, одержувач страхової виплати) зобов'язані протягом 30 (тридцяти) календарних днів (якщо інший строк не передбачений договором страхування) з моменту отримання відповідного повідомлення від Страховика повернути Страховикові отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом строків позовної давності з дати настання страхового випадку виявиться така обставина, що за законом або за договором страхування повністю або частково позбавляє

Страховальника (Застраховану особу, одержувача страхової виплати) права на страхову виплату.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ СТРОКУ ДІЇ 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. Договором страхування може бути передбачено, що його дія закінчується о 24 год. 00 хв. дати, зазначеної в договорі страхування як дата закінчення строку дії договору страхування;

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі;

14.1.3. Несплати Страховальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому дія договору страхування вважається достроково припиненою, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховальникові, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

14.1.4. Ліквідації Страховальника – юридичної особи або смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України „Про страхування”;

14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

14.1.7. Ліквідації Страховальника – юридичної особи або смерті Страховальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»

14.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України або договором страхування.

14.2. Дія договору страхування також може бути припинена на вимогу Страховальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страховальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачене умовами договору страхування та чинним законодавством України.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) днів до дати припинення договору страхування, якщо інше ним не передбачене.

14.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страховальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страховика Страховальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страховальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, здійснених за договором страхування.

14.5. Остаточний розрахунок між Страховальником і Страховиком у разі

дострокового припинення дії договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про здійснення страхової виплати, поданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем): здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

14.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування повернення страхових платежів не може бути здійснене в готівковій формі, якщо сплата страхових платежів була здійснена в безготівковій формі.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, пов'язані зі страхуванням, вирішуються шляхом переговорів, а у разі недосягнення згоди – в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Правилами страхування регламентовані основні умови страхування.

16.2. Конкретні умови страхування можуть встановлюватися Договором страхування за згодою Сторін і не повинні суперечити Правилам страхування та чинному законодавству України.

16.3. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил страхування та не суперечать чинному законодавству України.

Права та обов'язки Страховика та (або) Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні виплат страхових відшкодувань, зазначені в Правилах страхування, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

**БАЗОВІ ПРОГРАМИ
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

1.1. Амбулаторно-поліклінічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ, включаючи:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- б) проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- в) візит лікаря додому або до офісу у разі необхідності за медичними показаннями;
- г) проведення лікувальних заходів і маніпуляцій;
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами (якщо це передбачене умовами договору страхування);
- д) видавання листа непрацездатності, ведення амбулаторної картки та іншої медичної документації (якщо це передбачене умовами договору страхування).

1.2. Стаціонарна (невідкладна та (або) планова) допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) лікування (в тому числі перебування і харчування) в умовах стаціонару за наявності хвороб і станів, що потребують стаціонарного лікування, включаючи:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- б) консультативно-діагностичне обслуговування;
- в) консервативне та оперативне лікування;
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

Стаціонарна невідкладна допомога – медична допомога, яка надається в умовах стаціонару, у випадку раптового гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, які загрожують життю Застрахованої особи, а також у випадках, коли Застрахована особа підлягає обов'язковій ізоляції.

Стаціонарна планова допомога – медична допомога, яка надається в умовах стаціонару, у випадку розладу здоров'я Застрахованої особи з метою детального обстеження, встановлення діагнозу, підбору засобів та доз лікування, надання Застрахованій особі спеціалізованої стаціонарної допомоги, яку неможливо надати в умовах поліклініки або вдома.

1.3. Невідкладна медична допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- а) виїзд бригади невідкладної медичної допомоги (в т.ч. спеціалізованої);
- б) експресдіагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- в) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- г) доставлення каретою невідкладної медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

1.4. Медикаментозне забезпечення передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

а) отримання необхідних медикаментів для лікування гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми в мережі аптечних закладів, визначених у договорі страхування, за рецептом довіреного лікаря Страховика. Вартість таких медикаментів оплачує Страховик;

б) за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) доставлення медикаментів за зазначеною в договорі страхування адресою протягом 5–12 годин з моменту надходження заяви до довіреного лікаря Страховика;

в) при придбанні медикаментів поза аптечною мережею, зазначеною у договорі страхування, за власні кошти Страхувальника (Застрахованої особи) – 100-відсоткове відшкодування витрат на оплату вартості медикаментів за умови надання Страховикові медичного висновку, рецепта лікаря, фіскального чека, товарного чека тощо;

г) забезпечення гомеопатичними препаратами для тривалого прийому не більше 30 (тридцяти) днів, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування.

2. ДОДАТКОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Стоматологічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- а) огляд, консультації лікаря-стоматолога;
- б) діагностичні обстеження;
- в) проведення анестезії;
- г) терапевтичне та хірургічне лікування зубів і ротової порожнини;
- г) гігієнічні процедури (зняття зубного каменю тощо).

На особливих умовах можуть включатися до програми протезування зубів та ортодонтія.

Програма „Стоматологічна допомога” забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими програмами.

2.2. Профілактично-оздоровча програма передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- а) курс профілактичного масажу;
- б) відвідування фітнес-центру (сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- в) профілактичний медичний огляд, диспансеризація;
- г) вакцинацію;
- г) вітамінопрофілактику.

Додаток 2
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
(Нова редакція)
№ 10301 від 10 жовтня 2018 року

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові страхові тарифи за добровільним медичним страхуванням, розраховані для періоду страхування один рік, наведено у таблиці 1 цього додатку.

Таблиця 1

	Базові Програми добровільного медичного страхування	Базові страхові тарифи Тб, % від страхової суми
1.	Амбулаторно-поліклінічна допомога	1,7
2.	Медикаментозне забезпечення	1,3
3.	Стационарна невідкладна допомога	0,4
4.	Стационарна планова допомога	0,8
5.	Невідкладна медична допомога	0,1
6.	Стоматологічна невідкладна допомога	0,3
7.	Стоматологічна планова допомога	1,3

2. Ставка страхового тарифу за договором добровільного медичного страхування визначається з урахуванням за необхідності нижчезазначених коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу:

2.1. Коригувальний коефіцієнт підвищеного ризику в діапазоні від 1,01 до 3,5;

2.2. Коригувальний коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб в діапазоні від 0,6 до 1,0;

2.3. Коригувальний коефіцієнт, що враховує строк дії договору страхування (коефіцієнт короткостроковості), наведений у таблиці 2 цього додатку.

Таблиця 2

Строк дії договору страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,20	0,31	0,42	0,52	0,62	0,68	0,76	0,83	0,89	0,94	0,97

2.4. Коригувальний коефіцієнт андерайтера: понижувальний (від 0,1 до 1,0) та підвищувальний (від 1,01 до 10) коригувальний коефіцієнт, що залежить від ступеня страхових ризиків, обраних програм страхування, переліку послуг за програмами страхування та різних обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, зокрема:

- розміру страхової суми;
- рівня лікувальних закладів, в яких буде надаватися медична допомога;
- стану здоров'я Застрахованої особи;
- місця (території) дії договору страхування;
- умов та особливостей праці Застрахованої особи;
- франшизи, встановленої в договорі страхування;
- інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику.

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

4. Максимальна величина нормативу витрат на ведення справи становить 45 % (включно) від страхового тарифу.

Актуарій

Луць А.О.
(Свідоцтво № 01 – 024 від 10.01.2017)