

«Затверджено»
Генеральний директор
ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА
КОМПАНІЯ «ІННОВАЦІЙНІ СТРАХОВІ
ТЕХНОЛОГІЇ»



/Ковальова Ю.С./

26 травня 2017 року

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, що здійснює ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ	
ЗАРЕЄСТРОВАНІЙ	
Член Комісії	
на іменування посади	
Підпис <i>О. Максимчук</i>	Прізвище, ініціали працівника О.Максимчук
Дата 08.06.2017	Регістраційний номер 0317147

ПРАВИЛА

добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)

1. ТЕРМІНИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ЦИХ ПРАВИЛАХ

1.1. В даних Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – правила страхування) терміни та поняття вживаються в наступних значеннях:

1.1.1. **страховик** – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІННОВАЦІЙНІ СТРАХОВІ ТЕХНОЛОГІЇ»;

1.1.2. **страхувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, яка уклала зі страховиком договір страхування;

1.1.3. **застрахована особа** – особа, відносно якої укладено договір страхування;

У випадку, якщо договір страхування укладено страхувальником – фізичною особою відносно себе, то вона одночасно є і застрахованою особою.

1.1.4. **асистуюча компанія** – суб'єкт господарювання, з яким страховик має договірні стосунки щодо обслуговування договорів страхування в частині організації та фінансування надання медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в обсягах, передбачених договором страхування.

1.2. Інші терміни та поняття, які застосовуються в цих правилах страхування, вживаються у значеннях, встановлених нормативно-правовими актами.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Даними правилами страхування встановлено загальні умови і порядок здійснення страховиком страхової діяльності у формі добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

2.2. Страхувальники можуть укладати зі страховиком договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – договір страхування) відносно себе (у разі, якщо страхувальники є фізичними особами) або відносно третіх фізичних осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з умовами договорів страхування.

2.3. Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначати за згодою застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

РОЗМІР СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ ТА ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

4.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між страховиком та страхувальником під час укладання договору страхування або внесення змін до договору страхування.

4.2. За згодою сторін договору страхування страхова сума може бути встановлена за окремим страховим випадком, групою страхових випадків, договором страхування в цілому.

4.3. Розмір страхової виплати визначається за домовленістю сторін договору страхування в межах страхової суми та виходячи з вартості медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, які були надані застрахованій особі.

4.4. Розмір страхового платежу визначається залежно від розміру страхової суми на підставі базового страхового тарифу, що визначається згідно додатка № 2 до цих правил страхування та корегується за допомогою коригуючих коефіцієнтів, передбачених у додатку № 2 до цих правил страхування залежно від програми медичного страхування, обраної страхувальником.

4.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою у касу страховика або безготівковим шляхом. Конкретний порядок та строки сплати страхового платежу визначаються в договорі страхування за згодою сторін.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. За цими правилами страхування страховими ризиками є захворювання страхувальника (застрахованої особи), загострення хронічного захворювання страхувальника (застрахованої особи), розлад здоров'я застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, вагітність та пологи застрахованої особи.

5.2. Страховим випадком є звернення страхувальника (застрахованої особи) під час дії договору страхування до закладу охорони здоров'я, зазначеного у договорі страхування або до іншого закладу охорони здоров'я (якщо таке звернення передбачено договором страхування), за отриманням медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів у зв'язку з:

5.2.1. захворюванням страхувальника (застрахованої особи);

5.2.2. загостренням хронічного захворювання страхувальника (застрахованої особи);

5.2.3. розладом здоров'я страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку або протиправних дій інших осіб;

5.2.4. вагітністю та пологами страхувальника (застрахованої особи);

5.2.5. необхідністю проведення медичних заходів профілактичного та (або) оздоровчого характеру.

В договорі страхування за згодою сторін можуть бути передбачені всі або окремі групи страхових випадків, передбачених підпунктами 5.2.1-5.2.4 пункту 5.2 цих правил страхування.

5.3. Конкретні види та обсяги медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, що забезпечуються страховою виплатою, зазначаються в договорі страхування на підставі погоджених сторонами програм медичного страхування.

Базові програми медичного страхування викладені в додатку №1 до цих правил страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.

ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

6.1. Страховими випадками не визнаються звернення страхувальника (застрахованої особи) до закладу охорони здоров'я у зв'язку з:

6.1.1. хворобою, отруєнням та (або) травмою страхувальника (застрахованої особи), що є наслідком:

- вживання страхувальником (застрахованою особою) алкоголю, наркотичних та (або) токсичних речовин, самолікування;

- замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли страхувальник (застрахована особа) була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями інших осіб;

- вчинення страхувальником (застрахованою особою) протиправних дій;

- військових дій будь-якого роду, тероризму, дії антитерористичних операцій, актів агресії, громадських безладь, заколотів, революцій;

- навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

- знаходження страхувальника (застрахованої особи) у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
 - 6.1.2. спадковими захворюваннями, вродженими аномаліями та вадами розвитку;
 - 6.1.3. гострими та хронічними променевими ураженнями;
 - 6.1.4. психічними захворюваннями та їх ускладненнями;
 - 6.1.5. захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів;
 - 6.1.6. хронічним захворюванням, яке було діагностовано до укладення договору страхування, за винятком випадків загострення хронічного захворювання;
 - 6.1.7. проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення та (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;
 - 6.1.8. лікування, що має характер експериментального або дослідницького (пов'язаного з апробацією нових методик та (або) лікарських засобів);
 - 6.1.9. хворобами, пов'язаними із стихійними лихами;
- Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків зазначається у договорі страхування за згодою сторін.

6.2. У разі, якщо інше не передбачено за згодою сторін договору страхування, страховик має право відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених пунктом 6.1 цих правил страхування, а також у разі:

- 6.2.1. отримання страхувальником (застрахованою особою) медичних послуг, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, які не передбачені правилами страхування або договором страхування;
- 6.2.2. отримання страхувальником (застрахованою особою) медичних послуг, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів у закладах охорони здоров'я, не передбачених договором страхування або без попереднього погодження зі страховиком чи асистуючою компанією (якщо це передбачено договором страхування);
- 6.2.3. повідомлення страховику страхувальником (застрахованою особою) неправдивих відомостей про стан здоров'я під час укладання договору страхування або повідомлення неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку;
- 6.2.4. несвочасне повідомлення страховику страхувальником (застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у встановленні обставин настання страхового випадку та (або) визначенні обсягу необхідної медичної допомоги, медичних послуг, лікарських засобів, медичних виробів;
- 6.2.5. ненадання страховику страхувальником (застрахованою особою) документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;
- 6.2.6. вчинення страхувальником (застрахованою особою) навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку.

Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті. Конкретний перелік підстав для відмови у страховій виплаті зазначається у договорі страхування за згодою сторін.

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

- 7.1. Договір страхування укладається строком на один рік або інший строк, погоджений сторонами договору страхування.
- 7.2. Місцем дії договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.
- 7.3. Для укладання договору страхування страхувальник подає страховику письмову заяву за формою, встановленою страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір

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

7.4. При поданні заяви на укладення договору страхування, страхувальник повинен надати всю необхідну інформацію за вимогою страховика щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається договір страхування, а також іншу інформацію, яка вимагається страховиком. Страховик може вимагати проведення медичного огляду осіб, про страхування яких укладається договір страхування.

7.5. У випадку, якщо договором страхування передбачено декілька застрахованих осіб, цим особам додатково можуть бути видані документи, які посвідчують факт укладення договору страхування (картка застрахованої особи, страхове свідоцтво, страховий поліс, страховий сертифікат), що є формою договору страхування, а також інші документи та рекламні матеріали, які стосуються умов договору страхування.

7.6. Договір страхування набуває чинності з дати внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. За згодою сторін договору страхування він може набувати чинності також одним за наступних шляхів:

7.6.1. у разі сплати страхового платежу готівкою – з нуля годин дня, наступного за днем сплати страхового платежу в повному обсязі або першої його частини;

7.6.2. у разі сплати страхового платежу у безготівковій формі – з нуля годин дня, наступного за днем надходження страхового платежу в повному обсязі або першої його частини на розрахунковий рахунок страховика.

7.7. Договором страхування може передбачатися інший порядок набуття їм чинності. Конкретний порядок набуття договором страхування чинності визначається в договорі страхування за згодою сторін.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. У випадках, передбачених договором страхування, достроково припинити дію договору страхування.

8.1.2. Ініціювати внесення змін до умов договору страхування в порядку, передбаченому таким договором, даними правилами страхування та (або) законом.

8.1.3. Вимагати виконання страховиком умов договору страхування, положень цих правил страхування та закону.

8.1.4. Вимагати надання та (або) оплати вартості медичних послуг, медичного обслуговування, лікарських засобів, медичних виробів, наданих застрахованій особі.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права страхувальника.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

8.2.2. 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.

8.2.3. При укладанні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування.

8.2.4. Повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

8.2.5. Інформувати Страховика протягом строку дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших відомостей, що стосуються страхувальника та (або) застрахованих осіб.

8.2.6. Узгодити зі страховиком або асистуючою компанією (якщо це передбачено умовами договору страхування) отримання медичних послуг, та (або) медичного

обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в закладах охорони здоров'я, не передбачених умовами договору страхування до моменту їх отримання. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страхувальника.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. Вимагати від страхувальника та (або) застрахованої особи надання інформації, необхідної для оцінки страхового ризику та перевіряти надану страхувальником та (або) застрахованою особою інформацію.

8.3.2. Робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, закладів охорони здоров'я та інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

8.3.3. Відкласти прийняття рішення про страхову виплату на строк не більше 90 (дев'яноста) днів у разі появи обґрунтованих причин вважати надану страхувальником та (або) застрахованою особою інформацію про страховий випадок недостовірною.

8.3.4. Відмовляти у страховій виплаті в випадках передбачених договором страхування та (або) правилами страхування чи законом.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права страховика.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. Ознайомити страхувальника з умовами та правилами страхування.

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

8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

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

8.4.5. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

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

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИК (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У разі настання страхового випадку та зверненні страхувальника (застрахованої особи) до закладу охорони здоров'я, зазначеного у договорі страхування, страхувальник (застрахована особа) повідомляє страховику або асистуючій компанії (якщо це передбачено договором страхування) встановленим договором страхування способом про факт настання страхового випадку не пізніше наступного робочого дня з дати його настання, якщо інший строк не встановлено договором страхування. У випадку несвоєчасного повідомлення про настання страхового випадку страхувальник (застрахована особа) надає страховику письмові пояснення та документи, які підтверджують поважність причини несвоєчасного повідомлення.

9.2. При зверненні страхувальника (застрахованої особи) до закладу охорони здоров'я, зазначеного у договорі страхування, страхувальник (застрахована) особа пред'являє такому закладу наступні документи:

9.2.1. паспорт, або інший документ, що посвідчує особу;

- 9.2.2. договір страхування або інший документ, що посвідчує факт укладання договору страхування (картку застрахованої особи, страхове свідоцтва, страховий поліс, страховий сертифікат);
- 9.2.3. заяву про отримання медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в обсягах, передбачених договором страхування, за рахунок страхової виплати;
- 9.2.4. інші документи, надання яких передбачено договором страхування або які вимагаються відповідним закладом охорони здоров'я.
- 9.3. У разі настання страхового випадку та зверненні страхувальника (застрахованої особи) до закладу охорони здоров'я, який не зазначений в договорі страхування (якщо це передбачено договором страхування), страхувальник (застрахована особа) повідомляє страховику або асистуючій компанії (якщо це передбачено договором страхування) встановленим договором страхування способом про факт настання страхового випадку не пізніше наступного робочого дня з дати його настання, якщо інший строк не встановлено договором страхування. У випадку несвоечасного повідомлення про настання страхового випадку страхувальник (застрахована особа) надає страховику письмові пояснення та документи, які підтверджують поважність причини несвоечасного повідомлення.
- 9.4. При зверненні страхувальника (застрахованої особи) до закладу охорони здоров'я, який не зазначений у договорі страхування (якщо таке звернення передбачено договором страхування) та отриманні в такому закладі медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, страхувальник (застрахована особа) або вигодонабувач надає страховику заяву про виплату страхового відшкодування, а також оригінали (для огляду та зняття копій) або належним чином завірені копії наступних документів:
- 9.4.1. паспорту страхувальника (застрахованої особи) або вигодонабувача (якщо його призначено);
- 9.4.2. картки платника податків страхувальника (застрахованої особи) або вигодонабувача (якщо його призначено);
- 9.4.3. договору страхування або іншого документа, що посвідчує факт укладання договору страхування (картки застрахованої особи, страхового свідоцтва, страхового полісу, страхового сертифікату);
- 9.4.4. листка непрацездатності або відповідної довідки та (або) інших документів, виданих закладом охорони здоров'я, які підтверджують факт захворювання страхувальника (застрахованої особи), загострення хронічного захворювання страхувальника (застрахованої особи), розлад здоров'я страхувальника (застрахованої особи) внаслідок нещасного випадку або протиправних дій інших осіб, вагітність та пологи страхувальника (застрахованої особи) під час дії договору страхування;
- 9.4.5. рахунків та (або) інших документів, що підтверджують вартість медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, що підлягають наданню або були надані відповідним закладом охорони здоров'я страхувальнику (застрахованій особі);
- 9.4.6. квитанцій, фіскальних чеків, прибуткових касових ордерів та (або) інших розрахункових документів, які підтверджують факт оплати вартості наданої страхувальнику (застрахованій особі) закладом охорони здоров'я медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів;
- 9.4.7. виписного епікризу, виписки з амбулаторної картки, актів наданих послуг, видаткових накладних та (або) інших документів, які підтверджують факт надання медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів страхувальнику (застрахованій особі) закладом охорони здоров'я;
- 9.4.8. письмові відомості про банківські реквізити для перерахування коштів страхової виплати;
- 9.4.9. інших документів, передбачених договором страхування.

Конкретний перелік документів, які надаються страхувальником (застрахованою особою) або вигодонабувачем страховику зазначається у договорі страхування за згодою сторін. Належним чином завіреною копією документа є копія, посвідчена органом, установою чи організацією, що його видала, нотаріально посвідчена або посвідчена особою, якій подається заява про страхову виплату, якщо інше не передбачено за згодою сторін у договорі страхування.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. У разі настання страхового випадку та отриманні страхувальником (застрахованою особою) медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в закладі охорони здоров'я, зазначеному в договорі страхування, страхова виплата здійснюється закладу охорони здоров'я шляхом оплати вартості наданої медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в порядку та на умовах договору, укладеного між страховиком та відповідним закладом охорони здоров'я.

10.2. У разі настання страхового випадку та отриманні страхувальником (застрахованою особою) медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в закладі охорони здоров'я, який не зазначено в договорі страхування (якщо таке отримання передбачено договором страхування), страхова виплата здійснюється страхувальнику (застрахованій особі), або вигодонабувачу (якщо його призначено), шляхом оплати вартості наданої страхувальнику (застрахованій особі) медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів, передбачених договором страхування, за умови надання всіх необхідних документів, зазначених у договорі страхування.

10.3. Страхова виплата здійснюється страховиком на підставі заяви про страхову виплату, інших документів, надання яких передбачено договором страхування, а також страхового акту, складеного страховиком за визначеною ним формою.

10.4. У разі настання страхового випадку та отриманні страхувальником (застрахованою особою) медичної допомоги, та (або) медичного обслуговування, та (або) лікарських засобів, та (або) медичних виробів в закладі охорони здоров'я, який не зазначено в договорі страхування (якщо таке отримання передбачено договором страхування), страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у страховій виплаті протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, передбачених договором страхування, якщо інший строк не встановлено в договорі страхування за згодою сторін.

10.5. У випадку прийняття страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати останній письмово повідомляє страхувальника (застраховану особу) або вигодонабувача про прийняте рішення з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення, якщо інший строк не встановлено договором страхування.

11. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

11.1.1. закінчення строку дії;

11.1.2. виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником (застрахованою особою) у повному обсязі;

11.1.3. несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика

протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

11.1.4. ліквідації страхувальника – юридичної особи або смерті страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

11.1.5. ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;

11.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

11.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

11.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою страхувальника або страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Дія договору особистого страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це немає згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

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

11.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, 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.

11.5. У разі дострокового припинення договору страхування, за вимогою страховика страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору страхування, то страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Всі спори, пов'язані з виконанням обов'язків сторін за договором страхування, вирішуються шляхом переговорів.

12.2. У випадку недосягнення сторонами договору страхування згоди шляхом переговорів, спір вирішується в судовому порядку, передбаченому законодавством України.

13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

13.1. Цими правилами страхування регламентовано основні умови страхування. Однак 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 та не суперечать чинному законодавству.

13.2. Наведені у додатку № 1 до цих правил страхування базові програми медичного страхування можуть корегуватись у договорі страхування за згодою сторін або застосовуватись комплексно. Договором страхування за домовленістю сторін також можуть бути передбачені інші програми медичного страхування.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1. Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в закладах охорони здоров'я, з якими страховиком укладені договори про обслуговування застрахованих осіб, у тому числі в денному стаціонарі, з оплатою вартості лікарських засобів після закінчення повного курсу амбулаторного лікування.

Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату вартості висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної 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; ендоскопія, 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 косметологічного втручання.

2. Програма «Стаціонарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості стаціонарної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, з якими страховиком укладені договори про обслуговування застрахованих осіб, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється від 1 (однієї) до 3 (трьох) днів з моменту отримання направлення лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості лікарських засобів, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

3. Програма «Швидка медична допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги виїзних загально-профільних бригад спеціалістів та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших).

4. Програма «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосуванням нових технологій; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу – лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургічну допомогу – видалення зубу.

5. Програма «Медикаменти».

Забезпечення застрахованої особи лікарськими засобами та медичними виробами для лікування захворювань, що встановлені або загострилися в строк дії договору страхування.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ ТА КОРИГУЮЧІ КОЕФІЦІЄНТИ

Нижче наведені річні страхові тарифи з розрахунку на одну застраховану особу.

Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

вік застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових застрахованих осіб, % від страхової суми	страховий тариф для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	7	30
16-40	5	40
41-55	6	40
56-65	9	50
більше 65	10	60

Програма «Стационарна допомога».

вік застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових застрахованих осіб, % від страхової суми	страховий тариф для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	6	20
16-40	4	15
41-55	6	40
56-65	9	45
більше 65	10	50

Програма «Швидка медична допомога».

вік застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових застрахованих осіб, % від страхової суми	страховий тариф для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	2	20
16-40	1	10
41-55	2	20
56-65	6	30
більше 65	8	40

Програма «Стоматологія».

вік застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових застрахованих осіб, % від страхової суми	страховий тариф для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	18	30
16-40	25	40
41-55	26	40
56-65	29	40
більше 65	30	45

Програма «Медикаменти».

вік застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових застрахованих осіб, % від страхової суми	страховий тариф для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	4	15
16-40	2,5	20
41-55	3	20
56-65	4,5	23
більше 65	5	25

Норматив витрат на ведення справи становить 30% від страхового платежу.

При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний):

строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

В кожному конкретному випадку страхові тарифи можуть бути знижені або підвищені із застосуванням понижуючих коефіцієнтів від 0,02 до 0,99 та підвищуючих коефіцієнтів від 1,01 до 3,00 в залежності від:

- категорії закладів охорони здоров'я, визначених у договорі страхування;
- стану здоров'я особи, що страхується, умов праці, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку.

У будь-якому випадку страховий тариф не може перевищувати 80% від страхової суми.

Актуарій _____



Клименко Юлія Володимирівна

Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.

Прошито, пронумеровано та
закріплено печаткою ТДВ «СК «ІСТ»
аркуші
Генеральний директор ТДВ «СК



Ю.С. Ковальова