

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



/Ковальова Ю.С./

26 травня 2017 року

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ШО З ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИСКІВ	
ЗНАЄСТВО	
Член Комісії	
Найменування посади	
Підпис	Прізвище, ініціали працівника
08.06.2017	2117146
Дата	Ідентифікаційний номер

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м.Київ – 2017 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до цих Правил ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІННОВАЦІЙНІ СТРАХОВІ ТЕХНОЛОГІЇ», далі по тексту - Страховик, укладає договори добровільного страхування медичних витрат (надалі - Договори страхування) фізичних осіб (надалі Застрахованих осіб) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі Страхувальниками).

Даний вид страхування передбачає обов'язок страховика 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 відшкодування документально підтверджених витрат на отримання застрахованою особою медико-санітарної та іншої допомоги у зв'язку з захворюванням застрахованої особи, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або її смертю внаслідок захворювання або нещасного випадку, що сталися під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).

1.2. Страхувальник - юридична особа або дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники мають право укласти Договори страхування власного здоров'я або здоров'я третіх осіб (Застрахованих осіб) за згодою цих осіб.

1.4. Застрахована особа - фізична особа віком від 3 до 65 років, про страхування якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. До Договору страхування додається список Застрахованих осіб, та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки страхового ризику.

1.5. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

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

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

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

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

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

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування, згідно цих Правил, є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям застрахованої особи та медичними витратами застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо

пов'язані з настанням страхового випадку під час здійснення застрахованою особою подорожі (поїздки).

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

Страхові ризики, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є наступні події:

- хвороба Застрахованої особи;
- хвороба Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби під час перебування у медичному закладі.

3.2. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі Страховим випадком за цими Правилами визнається:

- звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку, з метою одержання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі Програми медичного страхування, яка передбачена Договором страхування;
- звернення спадкоємців Застрахованої особи, у разі її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі, у зв'язку з необхідністю покриття витрат, пов'язаних із репатріацією такої Застрахованої особи.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

- а) вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку, крім випадків передбачених чинним законодавством України;
- б) вчинення спадкоємцем Застрахованої особи навмисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

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

4.2.1. лікуванням наслідків та ускладнень гострих респіраторних захворювань (у тому числі, ОРВІ, грип);

4.2.2. захворюванням інфекційними хворобами під час оголошення епідемії та пандемії;

4.2.3. захворюваннями, травмами та отруєннями, які пов'язані з вживанням алкогольних, наркотичних та токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікуванням;

4.2.4. захворюваннями, що виникли внаслідок навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю;

4.2.5. спробою самогубства, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.2.6. хронічними захворюваннями, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення чи ускладнення;

4.2.7. венеричними хворобами, крім випадків зараження у медичному закладі під час дії Договору страхування;

4.2.8. захворюванням на СНІД, крім випадків зараження СНІДом у медичних закладах під час дії Договору страхування;

- 4.2.9. захворюваннями та нещасними випадками, внаслідок участі Застрахованої особи в протиправних діях;
- 4.2.10. вродженими пороками;
- 4.2.11. спадковими захворюваннями;
- 4.2.12. лікуванням порушень мови;
- 4.2.13. захворюваннями, пов'язаними з пластичними операціями та ускладненнями після таких операцій;
- 4.2.14. лікуванням, яке не було призначене лікарем;
- 4.2.15. лікарськими обстеженнями, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи діагностику (медкомісія водіїв, призовників та допризовників, для отримання дозволу на носіння зброї, тощо);
- 4.2.16. діагностуванням, яке проводилось без направлення лікаря;
- 4.2.17. корекцією зору;
- 4.2.18. дослідженнями зору з метою призначення лінз чи окулярів, крім випадків порушення зору внаслідок нещасного випадку;
- 4.2.19. лікуванням методами нетрадиційної медицини (гіпноз, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, фітотерапія, іридіодіагностика тощо);
- 4.2.20. отриманням медичних послуг, що не передбачені Програмами страхування;
- 4.2.21. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом на протязі першого місяця після набуття чинності Договором страхування;
- 4.2.22. новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування.
- 4.3. Не укладаються Договори про страхування осіб, які на час укладення Договору є онкологічно-хворими, хворими з тяжкими формами захворювання серцево-судинної системи, ВІЛ-інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах.
- 4.4. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:
- а) під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні, або на території дії Договору страхування;
 - б) під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту;
 - в) у випадку впливу ядерної енергії;
 - г) у результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів.
- 4.5. Страховим випадком не визнається звернення Застрахованої особи до непередбаченого Договором страхування медичного закладу за отриманням медичної допомоги та медичних послуг.
- 4.6. Страховик не оплачує вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо), а також пошук та доставку органів для трансплантації.
- 4.7. Не приймаються на страхування:
- 4.7.1. особи, вік яких на момент укладання Договору страхування перевищує 65 років та молодше 3 років;
 - 4.7.2. інваліди I та II груп, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

5.1. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

5.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці № 7 Додатку №1, в залежності від строку дії Договору страхування.

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

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

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку. Максимальний розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

6.2. Загальна сума виплат страхового відшкодування за страховими випадками не може перевищувати розміру страхової суми за Договором страхування.

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

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

6.4.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:

$$Д = (П2-П1) \times К, \quad (1)$$

де: **П1, П2** - страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;

К - коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею №7 та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

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

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

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

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

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

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

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

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми страхування медичних витрат (надалі - Програми):

Програма "К" – „Консультаційно-діагностична допомога”. За умовами цієї Програми Страховик гарантує виплату страхового відшкодування в межах страхової суми шляхом оплати вартості консультаційно-діагностичної допомоги та послуг, лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження.

Програма "А" - "Амбулаторно-поліклінічне лікування". За умовами цієї Програми Страховик гарантує виплату страхового відшкодування межах страхової суми шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару;

Програма "С" - "Стаціонарне лікування". За умовами цієї Програми Страховик гарантує виплату страхового відшкодування межах страхової суми шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні в відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях;

Програма "Н" - "Швидка медична допомога". За умовами цієї Програми Страховик гарантує виплату страхового відшкодування межах страхової суми шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

Програма "З" - "Стоматологічна допомога". За умовами цієї Програми Страховик гарантує виплату страхового відшкодування в межах страхової суми шляхом оплати вартості терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги, наданої Застрахованій особі;

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

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

8.2. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.3. Страховик може встановлювати обмеження:

- по території дії Договору страхування,
- вік Застрахованої особи,
- інші обмеження, які зазначаються у Договорі страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхове відшкодування шляхом оплати Страховиком вартості отримання медичної допомоги та медичних послуг згідно умов Договору страхування в межах страхової суми.

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

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

9.1.4. На дострокове припинення Договору страхування згідно умов цих Правил.

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

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

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

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

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

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

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

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

9.3. Страховик має право:

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

9.3.2. Відмовити у виплаті страхової суми у випадках передбачених п. 4.1 – 4.7 цих Правил, а також якщо Страхувальник (Застрахована особа):

а) не надав усіх необхідних документів, що передбачені договором страхування, які підтверджують факт настання страхового випадку;

б) надав Страховику свідомо неправдиві відомості про предмет договору страхування;

в) невчасно повідомив Страховика (пункт 9.2.4 цих Правил) про настання страхового випадку без поважних на те причин;

г) учинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

9.3.3. При наявності сумнівів у підставах для виплати страхового відшкодування відстрочити таку виплату до отримання підтвердження цих підстав на строк, що не перевищує 3 (три) місяців.

9.3.4. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Страхувальника – дієздатної фізичної особи та Застрахованих осіб, та за результатами медичного обстеження приймати рішення щодо укладення договору страхування і розміру страхового тарифу.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

9.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку вжити заходів, щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхового відшкодування.

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

9.4.4. Зберігати конфіденційність одержаної від Страхувальника інформації, щодо учасників та умов Договору страхування, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

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

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, Застрахована особа для отримання медичної допомоги та медичних послуг повинна звернутися до одного з Медичних закладів, зазначених у Договорі страхування.

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

а) оригінал Договору страхування (страхового поліса, свідоцтва);

б) документ, що посвідчує Застраховану особу;

в) медичну картку, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідку з медичного закладу за місцем проживання, інші документи, передбачені Договором страхування.

10.3. Надати Страховику достовірні дані про обставини та умови настання страхового випадку, а також іншу необхідну достовірну інформацію на вимогу Страховика, зазначену у Договорі страхування.

10.4. Виплата страхового відшкодування здійснюється Страховиком протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дати прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

10.5. Подати Страховику заяву на виплату страхового відшкодування.

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

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

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

11.3. При відмові у виплаті страхового відшкодування Страховик повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі обґрунтовані причини відмови в термін не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня прийняття рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування:

- безпосередньо медичному закладу або закладу охорони здоров'я, зазначеному в Договорі страхування та на підставі договору про співробітництво між Страховиком та відповідним медичним закладом;
- безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) згідно умов Договору страхування.
- іншому медичному закладу або закладу охорони здоров'я при зверненні до нього Страхувальника (Застрахованої особи) у разі необхідності та з яким не укладений договір про співробітництво;
- асистуючій компанії на підставі договору про співробітництво.

12.2. Страховик здійснює виплату страхового відшкодування на підставі:

- заяви Страхувальника (Застрахованої особи) на виплату страхового відшкодування;
- документа, що підтверджує особу Страхувальника (Застрахованої особи);
- Договору страхування або страхового полісу;
- оригіналів документів, де вказані прізвище, ім'я пацієнта, діагноз захворювання, інформація про лікувальні процедури та дати їх проведення, а також сума сплати за здійснене лікування;
- рецептів з печаткою, де вказані прізвище лікаря, назви ліків, а також оригінали документів, що підтверджують оплату медикаментів, призначених лікарем у зв'язку з цим захворюванням;
- оригіналів документів, що підтверджують факт оплати Страхувальником (Застрахованою особою) наданих медичних послуг (квитанції, чеки тощо);

- інших документів на вимогу Страховика, що мають істотне значення для вирішення питання про виплату страхового відшкодування;

- акту про настання страхового випадку, складеного Асистуючою компанією.

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

12.4. Страховик може здійснювати виплату страхового відшкодування через касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

12.5. Розмір страхового відшкодування визначається за вирахуванням безумовної франшизи, якщо це передбачено договором страхування. Виплата страхового відшкодування проводиться у розмірі фактичних витрат, але не може перевищувати розмір страхової суми.

12.6. Якщо сума витрат перевищує страхову суму, зазначену у Договорі страхування, Страховик у першу чергу відшкодовує витрати на лікування.

12.7. Договір страхування, по якому здійснена виплата страхового відшкодування, зберігає силу до кінця строку дії, якщо сума страхового відшкодування повністю не покриває страхову суму. При настанні наступного страхового випадку виплата страхового відшкодування здійснюється в межах різниці між страховою сумою та сумою раніше здійсненої виплати. Якщо виплата страхового відшкодування проведена в розмірі повної страхової суми, то з моменту її виплати договір страхування припиняє свою дію.

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

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

13.2. Будь-які зміни умов Договору страхування, що відповідають умовам даних Правил, оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування протягом п'яти робочих днів з моменту узгодження Страхувальником і Страховиком всіх умов.

13.3. Якщо будь-яка зі Сторін незгодна з внесенням змін до Договору страхування, то протягом п'яти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрата чинності за згодою Сторін, а також:

14.1.1. закінчення строку дії;

14.1.2. виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;

14.1.3. 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;

14.1.4. ліквідації страхувальника – юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 цього Закону;

14.1.5. ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

14.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. При достроковому припиненні дії Договору страхування на вимогу хоча б однієї з Сторін - з дня, наступного за днем, що вказаний в письмовому повідомленні про факт припинення. Про намір достроково припинити дію Договору Сторони зобов'язані письмово

сповістити одна одну не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхового відшкодування, здійснених за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу 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 страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

14.6. Договір страхування визнається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України, а також у випадках, коли його було укладено після настання страхового випадку.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

15.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку, згідно з чинним законодавством України.

15.4. Позов на вимоги по Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику в термін, передбачений чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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

16.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про зміни, які стали йому відомі, в обставинах, наданих Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть впливати на збільшення страхового ризику.

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

16.1.3. В випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про зміни в обставинах, наданих при укладенні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно п.14.4 даних Правил.

16.1.4. У разі з'ясування, що дії Страхувальника, які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення Страхувальником фактично виплаченого страхового відшкодування, до виплати якого призвели ці дії.

16.1.5. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, відкрито кримінальне провадження або розпочато судовий процес, рішення Страховика про виплату страхового відшкодування може бути відкладено до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення невинності Страхувальника (Застрахованої особи), але на строк не більше 6 місяців.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові річні страхові тарифи у відповідності до програмам страхування медичних витрат наведені у таблицях 1-5.

Таблиця 1

Консультаційно-діагностична допомога

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф, %
від 3 до 18	6,4
18-40	5,1
41-55	7,0
56-60	9,0
60-65	9,8

Таблиця 2

Амбулаторно-поліклінічне лікування

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф, %
від 3 до 18	6,5
18-40	5,2
41-55	7,1
56-60	9,3
60-65	9,9

Таблиця 3

Стационарне лікування

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф, %
від 3 до 18	6,6
18-40	5,3
41-55	7,2
56-60	9,3
60-65	11,0

Таблиця 4

Швидка медична допомога

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф, %
від 3 до 18	6,0
18-40	4,8
41-55	6,9
56-60	9,5
60-65	12,0

Таблиця 5

Стоматологічна допомога

Вік Застрахованої особи (років)	Базовий річний страховий тариф, %
від 3 до 18	не приймаються на страхування
18-35	8
36-50	12
51-65	не приймаються на страхування

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

Таблиця 6

Результати обстеження, фактори ризику	Корегуючий коефіцієнт
Функціональні розлади та хронічні захворювання	1,30
Паління	1,10
Регулярне вживання алкоголю	1,25
Надлишкова вага	1,15
Спадковість	1,20
Несприятливий екологічний стан	1,30
Важкі умови праці (робітники, зайняті на підземних, гірських роботах, сталеплавильних цехах тощо)	1,40

3. В залежності від кількості Застрахованих осіб до базового страхового тарифу застосовуються наступні корегуючі коефіцієнти:

Кількість Застрахованих осіб	Корегуючий коефіцієнт
50 – 80	0,95
80 – 110	0,94
110 – 200	0,92
200 – 250	0,91
більше 250	0,90

4. При укладанні Договору страхування на строк до одного року розмір страхового тарифу розраховується з урахуванням коефіцієнту короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування, який наведено у таблиці №1:

Таблиця № 7

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,1	0,2	0,3	0,4	0,45	0,5	0,6	0,7	0,8	0,85	0,9

5. Кінцевий розмір страхового тарифу визначається в залежності від конкретних умов Договору страхування з урахуванням як підвищувальних (від 1,1 до 3,0) так і понижуючих (від 0,2 до 0,9) корегуючих коефіцієнтів, шляхом множення базового страхового тарифу на відповідний корегуючий коефіцієнт. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

6. У будь-якому випадку кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати такий розмір, при якому страховий платіж по відповідному Договору страхування складає більше 40% від страхової суми.

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

Актуарій _____

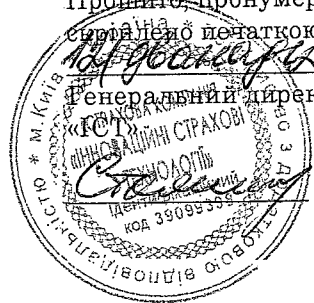


Клименко Юлія Володимирівна

Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.

Пронито, пронумеровано та
свідчено печаткою ТДВ «СК «ІСТ»
аркуші

Генеральний директор ТДВ «СК



Ю.С. Ковальова