

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Правління
ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ"


С.В. Бридун

30.07.2013



П Р А В И Л А
добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)

№ 03

Київ – 2013

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ТЕРМІНИ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	7
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	7
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА	11
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	11
7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	12
8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	13
9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ	14
11. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	15
12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	18
13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	19
14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	20
15. СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	21
16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	21
17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	22
18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	22
19. ОСОБЛИВІ УМОВИ	22
Додаток 1	
Програми та страхові тарифи до правил добровільного медичного страхування.....	23

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ТЕРМІНИ

1.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) №017 (надалі – Правила страхування) розроблено відповідно до Цивільного кодексу України, вимог Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових документів чинного законодавства України. Положення цих Правил страхування, включаючи права та обов'язки сторін є обов'язковими для виконання сторонами договору за умови зазначення цих положень в договорі страхування.

1.2. На підставі цих Правил страхування та чинного законодавства України ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПРЕСТИЖ" (надалі – Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (надалі – договір страхування) з дієздатними фізичними особами (в тому числі суб'єктами підприємницької діяльності) та юридичними особами незалежно від форм власності, резидентами та нерезидентами України (надалі – Страхувальники).

1.3. За договором страхування, укладеним на підставі цих Правил страхування, Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату за умовами і в обсязі, передбаченими договором страхування, а Страхувальник зобов'язується вчасно і в повному обсязі сплачувати страхові платежі і виконувати інші умови договору страхування.

1.4. Страхувальники мають право укладати договори страхування себе або третіх осіб за їх згодою (надалі – Застраховані особи).

1.5. У випадку, коли Страхувальник уклав договір про страхування особисто себе, він одночасно є і Застрахованою особою.

1.6. Договір страхування, укладений стосовно однієї Застрахованої особи або декількох Застрахованих осіб, що перебувають у родинному зв'язку, є договором індивідуального страхування.

1.7. Договір страхування, укладений стосовно декількох Застрахованих осіб, є договором колективного страхування. Договір страхування вважається колективним за умови, що Застраховані особи мають спільного роботодавця або об'єднані іншим спільним інтересом, крім зацікавленості в укладанні договору страхування.

1.8. У разі укладання договору страхування Страхувальник, за згодою Застрахованої особи, має право призначати Вигодонабувача, а також замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

1.9. Якщо інше не передбачено договором страхування, обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах страхування та договорі страхування, поширюються також і на Застрахованих осіб. Вчинення Застрахованою особою діяльності (дій або бездіяльності) породжує ті ж самі правові наслідки, як би таку діяльність (дії або бездіяльність) вчинив Страхувальник.

1.10. Під час укладання договору страхування сторони можуть домовитися про незастосування окремих положень цих Правил страхування, а також щодо доповнення договору страхування положеннями, відмінними від викладених у тексті цих Правил страхування, за умови, що це не суперечить чинному законодавству України.

1.11. У цих Правилах страхування терміни та визначення вживаються в таких значеннях:

Амбулаторія (поліклініка) – заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу пацієнтам, стан яких не потребує цілодобового перебування в медичному закладі, з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей.

Амбулаторно-поліклінічна медична допомога (поліклінічна допомога) – організована та регулярна медична допомога (послуга), що надається пацієнту в умовах поліклініки.

Аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення.

Асистуюча компанія (Асистанс) – юридична особа, що здійснює окремі страхові операції в межах дозволеної страхової діяльності, щодо допомоги страхувальнику, застрахованому чи вигодонабувачу, що потрапили в скрутне становище під час подорожі або ж знаходження далеко від місця проживання, у грошовому вигляді або в натурально - речовій формі через, медичне, організаційне (розміщення в готелі) сприяння, внаслідок настання страхового випадку, а також приймає участь у врегулюванні страхових випадків, приймає повідомлення, заяви про страхові випадки, експертизи, з'ясовує обставини страхової події, встановлює причини її настання, з'ясовує розмір збитків, здійснює страхову виплату.

Вигодонабувач – фізична або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

Витратні матеріали – товари медичного призначення, які використовуються для надання медичної допомоги Страхувальнику/Застрахованій особі у разі виникнення страхового випадку.

Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, на тлі повного здоров'я та причини якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я людини, що існував до моменту захворювання. Захворювання вважається гострим, якщо його тривалість від моменту початку не перевищує шести місяців.

Довірений лікар – лікар високої кваліфікації, призначений Страхувальником (Асистансом) для обслуговування наперед визначеного кола Страхувальників/Застрахованих осіб.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником та Страхувальником, згідно з якою Страхувальник бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Загострення хронічного захворювання – посилення симптомів захворювання (без виникнення нового захворювання), яке змусило Страхувальника/Застраховану особу звернутися за медичною допомогою та яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті Страхувальника/Застрахованої особи без своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги (послуг).

Застрахована особа – фізична особа, на користь якої Страхувальником укладений із Страхувальником договір страхування лише за згодою цієї особи, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Захворювання – погіршення фізичного та/або психічного стану Страхувальника/Застрахованої особи, яке може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги (послуг).

Лікар – особа, що має закінчену вищу медичну освіту та отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики.

Лікарські засоби – речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму. До лікарських засобів належать: діючі речовини (субстанції); готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти); гомеопатичні засоби; засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб, а також боротьби із збудниками хвороб або паразитами.

Ліміт відповідальності – установлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат за одним з ризиків або їх сукупності, у разі досягнення якого договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати. Ліміт може виражатися у грошових одиницях (грошовий ліміт), в кількості послуг або мати інші обмеження (квотний ліміт).

Ліміт відповідальності агрегатний (сумарний) – установлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат по всім Застрахованим особам, які підпадають під дію ліміту відповідно до одного загального договору страхування.

Ліміт відповідальності індивідуальний – установлений у договорі страхування граничний розмір страхових виплат індивідуально кожній Застрахованій особі, яка входить до списку загального договору страхування.

Лікувально-профілактичний заклад (ЛПЗ) – підприємство, установа або організація, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я через 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.

Медикаментозне забезпечення (лікування) – забезпечення Страховика/Застрахованої особи медикаментами і товарами медичного призначення.

Медична евакуація – транспортування пацієнта із застосуванням спеціального обладнаного медичного транспорту та в супроводі медичного персоналу, якщо потреба в такому транспортуванні зумовлена станом здоров'я пацієнта.

Медична допомога (послуга) – вид діяльності, що здійснюється професійно підготовленими фахівцями, які мають на це право відповідно до законодавства та передбачає комплекс заходів, спрямованих на лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності. Діяльність спрямована на оздоровлення, профілактику, діагностику, лікування або медичну реабілітацію пацієнта із залученням медичного персоналу ЛПЗ або Страховика (Асистансу). Поняття медичної допомоги (послуги) містить в собі, зокрема:

- огляд та консультацію фахівців;
- проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- готельні послуги під час лікування в ЛПЗ (харчування, вартість утримання одного ліжка, комунальні послуги, тощо);
- використання медичного транспорту.

Медична сестра – особа, що має закінчену середню медичну освіту та отримала установлені державою документи на право роботи медичною сестрою.

Медичний персонал – лікарі, медичні сестри, молодші медичні сестри, інші особи, задіяні на постійних або тимчасових засадах тільки в медичних формуваннях або в санітарних перевезеннях.

Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10) – міжнародна статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті десятого перегляду.

Невідкладна медична допомога – надання медичної допомоги (послуг), що передбачає виїзд спеціалізованої бригади, до складу якої входить лікар та/або медична сестра, до Застрахованої особи в разі настання нещасного випадку або раптового погіршення стану здоров'я.

Парамедична послуга – дія, спрямована на поліпшення сервісного обслуговування пацієнта під час надання йому медичної допомоги (послуг).

Пацієнт – Страхувальник/Застрахована особа в період її захворювання та перебування в ЛПЗ.

Період відстрочення – інтервал часу від моменту початку дії договору страхування, протягом якого Страховик не відповідає за випадки, що сталися із

Страховальником/Застрахованою особою. Тривалість періоду відстрочення зазначається в договорі страхування.

Програма страхування – обсяг медичної допомоги та комплекс медичних послуг, які обрані Страховальником/Застрахованою особою під час укладення договору страхування, згідно з якими Застрахованій особі організуються, надаються та оплачуються медичні допомога та послуги.

Служба медичного догляду (супроводу) – форма організації медичної допомоги (послуг), за якою медичний персонал безперервно доглядає пацієнта поза межами ЛПЗ протягом певного часу за індивідуальною програмою, виконує всі призначення лікаря та забезпечує дотримання належних санітарно-гігієнічних та побутових умов для пацієнта.

Стоматологічна допомога – надання медичної допомоги (послуг) у разі захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменя, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо). Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, терапевтичну стоматологію, хірургічну стоматологію, але не обмежується вище зазначеними послугами.

Стан здоров'я – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страховальника/Застрахованої особи, яка підтверджується медичною документацією.

Стаціонар – заклад охорони здоров'я, що надає медичну допомогу пацієнтам, стан яких потребує цілодобового перебування в медичному закладі, з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей.

Стаціонар денний – форма організації медичної допомоги (послуг), за якою пацієнт отримує медичну допомогу (послуги) у приміщенні лікувального закладу у денний час із залученням медичного персоналу.

Стаціонар домашній – форма організації медичної допомоги (послуг), за якою пацієнт отримує медичну допомогу (послуги) у себе вдома із залученням медичного персоналу, що періодично відвідує пацієнта.

Стаціонарна медична допомога (послуга) – медична допомога (послуга), що надається пацієнту за умови його безперервного перебування в ЛПЗ.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страховальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування у разі настання страхового випадку.

Страховий платіж (страхові премія, страховий внесок) – плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

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

Страховик – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПРЕСТИЖ", від імені якого укладається договір (договори) добровільного страхування медичних витрат.

Страховальник – юридична або дієздатна фізична особа, яка має право укласти договір страхування на випадок настання будь-якого одного або кількох страхових ризиків, зазначених в п. 3.1 цих Правил страхування.

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

Термін страхування – термін, встановлений в договорі страхування, за який

Страховальник сплачує страховий платіж, і протягом якого Страховик несе відповідальність у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату згідно договору страхування.

Ускладнення захворювання – новий стан здоров'я або нове захворювання, для яких доведено, що безпосередніми причинами їх виникнення є захворювання, що вже існувало.

Фаза ремісії – період хронічного захворювання, який настав спонтанно або внаслідок надання медичної допомоги (послуг), для якого характерне стихання симптомів захворювання, поліпшення якості життя пацієнта і відсутність безпосередньої загрози для працездатності та життя пацієнта.

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

Хронічне захворювання – захворювання, тривалість якого перевищує шість місяців від моменту ймовірного початку Захворювання. Хронічні захворювання поділяють на зворотні та незворотні.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є такі події:

3.1.1. Захворювання Страховальника/Застрахованої особи.

3.2. Страховий випадок за цими Правилами страхування – погіршення стану Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, гострого захворювання або загострення хронічного захворювання під час терміну та у місці дії договору страхування та отримання при цьому медичної допомоги чи послуг в обсягах і якості, передбачених Програмою страхування.

3.3. Якщо договором страхування не передбачено інше, страховими випадками визнаються події, коли вони призвели до надання Страховальнику/Застрахованій особі однієї або декількох страхових послуг з такого переліку:

3.3.1. Надання амбулаторно-поліклінічної допомоги.

3.3.2. Надання стаціонарної допомоги.

3.3.3. Надання стоматологічної допомоги.

3.3.4. Надання невідкладної (швидкої) медичної допомоги.

3.3.5. Надання реабілітаційно-відновлювального лікування.

3.3.6. Забезпечення медикаментами та витратними матеріалами.

3.3.7. Інші види медичної допомоги (послуг).

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Події, захворювання та стани здоров'я, які не визнаються страховими випадками, та за якими не здійснюється страхова виплата (загальні виключення):

4.1.1. Будь-яке захворювання або його наслідки, що було діагностовано у Страховальника/Застрахованої особи до моменту укладення договору страхування та інформацію, про яке Страховальник/Застрахована особа не повідомила або навмисно спотворила у декларації про стан здоров'я.

4.1.2. Будь-яке захворювання, яке не передбачено Програмою страхування.

4.1.3. Хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії, що було

діагностовано до моменту укладення договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.4. Гостре захворювання та/або загострення хронічного захворювання та/або ускладнення захворювання, що виникли до початку дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.5. Погіршення стану здоров'я, що є наслідком самолікування, або лікування у ЛПЗ та/або окремих лікарів, що не мають ліцензії на медичну діяльність, або що здійснювалось без погодження зі Страховиком (Асистансом) або довіреного лікаря.

4.1.6. Надання медичних послуг поза обумовленого в договорі страхування місця його дії або в інших ЛПЗ, аніж передбачених договором страхування.

4.1.7. Погіршення стану здоров'я, яке є наслідком вживання наркотичних/токсичних речовин або алкоголю, ліків не призначених лікарем.

4.1.8. Психічні захворювання (МКХ-10; клас V, коди діагнозів F00-F99).

4.1.9. Уроджені вади та захворювання (МКХ-10; клас XVII, коди діагнозів Q00-Q99).

4.1.10. Погіршення стану здоров'я, зумовлене свідомим спричиненням собі шкоди (МКХ-10; клас XIX, коди діагнозів X60-X84), зокрема спроби самогубства, відмовою від лікування, недотриманням призначень медичного персоналу або лікувального режиму.

4.1.11. Венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом (МКХ-10; клас I, коди діагнозів A50-A74), якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.12. ВІЛ-інфікування, СНІД та погіршення стану здоров'я пов'язані із ВІЛ-інфікуванням (МКХ-10; клас I, коди діагнозів B20-B24).

4.1.13. Особливо небезпечні інфекції (МКХ-10 клас I, коди діагнозів A20-A28)

4.1.14. Вагітність та погіршення стану здоров'я, спричинене вагітністю (МКХ-10; клас XV, коди діагнозів O00-O99), якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.15. Чоловіче чи жіноче безпліддя та заходи щодо регулювання народжуваності.

4.1.16. Оперативні втручання та лікування, пов'язані зі зміною статі.

4.1.17. Комплексне лікування захворювань та станів, що потребує замісної гормональної терапії, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.18. Лікування препаратами для постійного та тривалого прийому, за винятком гострих станів, що тривають не більше одного місяця в період дії договору страхування.

4.1.19. Погіршення стану здоров'я, що виникло під час проходження служби у Збройних Силах України чи інших держав, а також внаслідок роботи в правоохоронних структурах, у воєнізованій пожежній охороні, чи в охороні комерційних структур, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.20. Погіршення стану здоров'я, що став наслідком війни або участі у військових діях, військового вторгнення, дій іноземних ворогів (незалежно від того, була оголошена війна чи ні), громадянської війни, бунту, революції, заколоту або воєнної узурпації, повстання, порушення громадського порядку, страйку, військового стану або стану облоги, спроби повалення уряду, будь-якого терористичного акту, крім випадків, коли Страхувальника/Застраховану особу визнано жертвою, у разі вчинення (або спроби вчинення) злочину.

4.1.21. Захворювання, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, спричиненого хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища, якщо інше не передбачено договором страхування.

4.1.22. Погіршення стану здоров'я, що стало наслідком польотів у будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Страхувальник/Застрахована особа перебуває на борту як пасажир у цивільному авіатранспорті, власник якого мав ліцензію на пасажирські перевезення, якщо інше не передбачено договором страхування.

- 4.1.23. Погіршення стану здоров'я, внаслідок вчиненні Страхувальником/Застрахованою особою протиправних дій.
- 4.1.24. Медична допомога (послуги), отримана без погодження зі Страховиком (Асистансом).
- 4.1.25. Медична допомога (послуги), не передбачена Програмою страхування.
- 4.1.26. Проведення пластичних, косметичних та естетичних оперативних втручань, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасних випадків.
- 4.1.27. Медична реабілітація, що продовжується після 20-го дня від початку реабілітаційного курсу, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.28. Використання методів нетрадиційної медицини (фітотерапії, гомеопатії, лікування біологічно активними добавками, акупунктури, гідропроцедури, діагностики та лікування за методом Фоля/Накатані, мікрохвильової/інформаційної терапії, еферентних методів, гіпнозу тощо), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.29. Забезпечення індивідуального дієтичного/посиленого харчування під час перебування в ЛПЗ, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.30. Забезпечення поліпшених побутових умов перебування у ЛПЗ (одномісна палата, телевізор, холодильник, кондиціонер, телефон, окремий санвузол тощо), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.31. Санаторно-курортне лікування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.32. Хронічні захворювання в стадії декомпенсації, в тому числі хронічні алергічні захворювання, крім погіршення станів здоров'я, які загрожують життю, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.33. Захворювання крові (МКХ-10; клас III, коди діагнозів D50-D89), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.34. Системні захворювання сполучних тканин (МКХ-10; клас III, коди діагнозів M30-M36), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.35. Хронічна ниркова недостатність, яка потребує проведення гемодіалізу, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.36. Гепатити, цирози печінки (МКХ-10; клас I, коди діагнозів B16-B19), якщо інше не передбачене договором страхування.
- 4.1.37. Псоріаз, нейродерміт, екзема, вітиліго, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.38. Мікози шкіри і внутрішніх органів (МКХ-10; клас I, коди діагнозів B35-B49), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.39. Професійні захворювання.
- 4.1.40. Цукровий діабет (як основне, так і супутнє захворювання), якщо інше не передбачено договором страхування (МКХ-10; клас IV, коди діагнозів E10-E14).
- 4.1.41. Муковісцидоз, незалежно від клінічної форми і стадії розвитку (МКХ-10; клас IV, коди діагнозів E16.9), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.42. Туберкульоз, якщо інше не передбачено договором страхування (МКХ-10; клас I, коди діагнозів A15-A19).
- 4.1.43. Новоутворення, якщо інше не передбачено договором страхування (МКХ-10; клас II, коди діагнозів C00-D48.9).
- 4.1.44. Стоматологічне протезування, пародонтоз, гінгівіт, естетичне, профілактичне лікування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.45. Штучне переривання вагітності (крім переривання вагітності за медичними показаннями).
- 4.1.46. Хвороби ока та його придаткового апарату, окрім станів, що потребують невідкладної медичної допомоги (МКХ-10; клас VII, коди діагнозів H00-H59), якщо інше не передбачено договором страхування.

- 4.1.47. Герпетичні інфекції (МКХ-10; клас I, коди діагнозів B00-B00.9), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.48. Експериментальне лікування.
- 4.1.49. Планові оперативні втручання із застосуванням апарату штучного кровообігу, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.50. Трансплантація органів та тканин, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.51. Медичне обстеження, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи діагностику (медкомісія водіїв, допризовників і призовників, для отримання дозволу на носіння зброї і та інше), якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.1.52. Лікування, яке не призначено лікарем.
- 4.1.53. Лікування, послуги або товари, які не потрібні з медичного погляду для діагностування або лікування захворювання.
- 4.1.54. Необґрунтована госпіталізація Страхувальника (Застрахованої особи) у стаціонар, крім випадків, пов'язаних з труднощами щодо встановлення клінічного діагнозу.
- 4.1.55. Коригування маси або хірургічне лікування ожиріння.
- 4.1.56. Використання будь-яких медикаментів, зокрема наркотичних препаратів без призначення лікаря.
- 4.1.57. Використання і підбір коригувальних та/або допоміжних медичних пристроїв (окулярів, контактних лінз, слухових пристроїв, слухових імплантатів і та інше), протезування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.2.** Окремі програми медичного страхування можуть передбачати здійснення страхової виплати за випадками, зазначеними в п. 4.1 цих Правил страхування. В кожній Програмі страхування наводиться перелік винятків, чинних для цієї Програми.
- 4.3.** У договорі страхування можуть бути індивідуальні додаткові виключення, пов'язані з існуючим захворюванням або з обмеженням страхового покриття, серед них:
- 4.3.1. Неповідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про зміну роду занять, якщо ця обставина була прямою або непрямою причиною настання події, що може бути визнана страховим випадком.
- 4.3.2. Обслуговування Страхувальника/Застрахованої особи за іншою Програмою страхування, ніж передбачено договором страхування.
- 4.3.3. Ненадання Страхувальником/Застрахованою особою документів згідно з цими Правилами страхування, необхідними для встановлення причин, характеру події, що має ознаки страхового випадку, та його зв'язку з наслідками, що настали, чи надав заздалегідь неправдиву інформацію.
- 4.3.4. Неповна сплата страхового платежу в терміни, передбачені договором страхування.
- 4.3.5. Невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених цими Правилами страхування, договором страхування та законодавством України.
- 4.3.6. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.
- 4.4.** Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик не відшкодовує витрат, що виникли після закінчення строку дії або дострокового припинення договору страхування, за винятком випадків, коли страховий випадок, за яким потрібне стаціонарне лікування, настав ще в період дії договору страхування. У цьому разі Страховик відшкодовує витрати, що виникають як під час, так і після закінчення дії або дострокового припинення договору страхування до моменту виписки Страхувальника/Застрахованої особи зі стаціонару, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.5.** При укладанні договору страхування можуть передбачатись додатково інші особливі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать

чинному законодавству та цим Правилам страхування і зазначені у договорі страхування.

4.6. За згодою сторін деякі виключення, передбачені у цьому Розділі, можуть не застосовуватись у договорі страхування.

5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

5.1. Максимальний розмір страхової суми щодо Застрахованої особи встановлюється за згодою Сторін під час укладення договору страхування.

5.2. Загальна сума страхових виплат щодо Застрахованої особи за страховими випадками не може перевищувати страхової суми за договором страхування щодо цієї Застрахованої особи.

5.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик відповідає пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.4. У межах страхової суми можуть бути встановлені ліміти відповідальності за будь-яким окремим страховим ризиком, указаним в договорі страхування відповідно пп. 3.3.1 – 3.3.6 цих Правил страхування. Ліміт відповідальності Страховика може встановлюватися:

5.4.1. За кожним страховим випадком і визначається як максимальне значення зі страхових сум, встановлених за ризиками, зазначеними в пп. 3.3.1 – 3.3.6 цих Правил страхування в договорі страхування, які є лімітом виплат Страховика за кожним страховим випадком протягом дії договору страхування;

5.4.2. За договором страхування і визначається агрегатним (сумарним) лімітом виплат Страховика за всіма страховими випадками, які відбулися в період дії договору страхування з конкретним Страхувальником/Застрахованою особою.

5.5. Протягом строку дії договору страхування страхова сума може бути змінена за згодою сторін, якщо інше не передбачено договором страхування.

5.6. Договором страхування може бути передбачена франшиза, вид і розмір якої визначається за згодою сторін:

5.6.1. У разі встановлення умовної франшизи Страховик не здійснює страхову виплату, якщо збиток не перевищує розміру встановленої франшизи, але відшкодовує збиток у повному обсязі, якщо його розмір перевищує встановлену у договорі страхування умовну франшизу.

5.6.2. У разі встановлення безумовної франшизи Страховик у всіх випадках здійснює страхову виплату за вирахуванням встановленої франшизи.

5.7. Розмір франшизи може встановлюватися за згодою сторін у відсотках від страхової суми або в абсолютному грошовому виразі.

5.8. Страховик за згодою Страхувальника може встановити франшизу щодо окремих страхових випадків або щодо відповідної Програми страхування в розмірі, визначеному договором страхування.

5.9. Якщо протягом строку дії договору страхування відбулися кілька страхових випадків, розмір франшизи вираховується при розрахунку страхової виплати за кожним та будь-яким випадком, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

6.1. Розмір страхового платежу визначається в договорі страхування з урахуванням розміру страхових сум за кожним ризиком, страхового тарифу, кількості Застрахованих осіб тощо.

6.2. Розмір річної тарифної ставки визначається згідно з додатком 1 до Правил страхування з урахуванням віку, статі та стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, страхового ризику, на випадок настання якого здійснюється страхування, роду і умов діяльності Страхувальника/ Застрахованої особи та інших чинників залежно від конкретних умов страхування.

6.3. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика (його представника) або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

6.4. Страхувальники-резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити 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.

6.5. Зазначений в договорі страхування страховий платіж за узгодженням сторін сплачується одноразово, якщо інше не передбачено договором страхування

6.6. У разі оплати страхового платежу в безготівковій формі, платіж вважається оплаченим з моменту зарахування грошей на поточний рахунок Страховика, або його представника. У разі оплати готівкою платіж вважається оплаченим з моменту внесення коштів у касу Страховика або його представника (агента, брокера).

6.7. Страховий платіж за додатково Застрахованих осіб визначається відповідно до «Коефіцієнтів короткостроковості залежно від строку дії Договору» (додаток 1 до цих Правил страхування), якщо інше не зазначено у договорі страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. Заявою може бути заповнений Страхувальником спеціальний бланк, лист, повідомлення, передане поштою, факсимільним зв'язком, електронною поштою за встановленою Страховиком формою. Страхувальник подає у письмовому вигляді інформацію про стан здоров'я кожної особи, зазначеної в заяві на страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.2. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ступеня страхового ризику.

7.3. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі сторін укласти договір страхування.

7.4. Страхувальник несе відповідальність за правдивість та повноту надання інформації, яку він подає під час укладення договору страхування.

7.5. У разі надання неправдивої інформації або ненадання (приховування) інформації, яка має істотне значення для оцінки страхового ризику, Страховик має право відмовити у страховій виплаті в разі настання страхового випадку.

7.6. Для оформлення договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.

7.7. Усі особи, зазначені в заяві Страхувальника, заповнюють декларацію про свій стан здоров'я і надають погодження на страхування, якщо інше не передбачено договором страхування

7.8. Для недієздатних та/або обмежено дієздатних осіб надають погодження на страхування і заповнюють декларацію їхні законні представники.

7.9. Факт укладання договору страхування може також посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом, карткою або інше), що є формою договору страхування.

7.10. Після сплати страхового платежу Страховик може надати Страхувальнику додатково до договору страхування на кожну Застраховану особу сервісні (страхові) медичні картки, за якими буде здійснюватися організація надання медичної допомоги (послуг) Застрахованим особам. У випадку втрати картки, Страховик на основі письмової заяви Страхувальника, видає дублікат. Після передачі дублікату картки Страхувальнику втрачений примірник картки вважається недійсним.

8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

8.2. Дія договору страхування закінчується о 24 год 00 хв дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування.

8.3. Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається в договорі страхування.

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

8.4.1. Закінчення строку дії договору страхування.

8.4.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

8.4.3. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені договором строки. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня подання такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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

8.4.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

8.4.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

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

8.5. Дію договору страхування також може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

8.6. 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, якщо інше ним не передбачено.

8.7. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

8.8. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

8.9. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

8.10. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

8.11. У випадку дострокового припинення дії договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

8.12. У випадку виникнення у Страхувальника/Застрахованої особи в період дії договору страхування хвороб або фізичних недоліків, наведених у п. 4 цих Правил страхування, договір страхування припиняє свою дію відносно такого Страхувальника/Застрахованої особи від дня встановлення відповідного діагнозу. При цьому Страховик повертає Страхувальникові страховий платіж пропорційно періоду, що

залишився до закінчення договору страхування, за винятком витрат на ведення справи, визначених нормативами в розмірі страхового тарифу, а також здійснених страхових виплат за договором страхування.

8.13. У разі зміни умов договору страхування, що зменшують обсяг відповідальності Страховика (припинення договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи, зменшення страхових сум), Страхувальникові повертаються:

8.13.1. У випадку припинення договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи – сплачений за останню страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення договору страхування, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних виплат страхових сум, які були здійснені за договором страхування.

8.13.2. У випадку зменшення обсягу відповідальності Страховика щодо конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності Застрахованих осіб – частина сплаченого за останню страхового платежу пропорційно періоду, що залишився до закінчення договору страхування, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних страхових виплат, які були здійснені за договором страхування.

8.14. У разі зміни умов договору страхування, що збільшують обсяг відповідальності Страховика (включення в договір страхування додаткової особи, збільшення страхових сум), Страховикові сплачується:

8.14.1. У випадку включення в договір страхування додаткової особи – страховий платіж за додатково застрахованих осіб відповідно до «Коефіцієнтів короткостроковості залежно від строку дії Договору» (додаток 1, п. 3.3).

8.14.2. У випадку збільшення обсягу відповідальності Страховика щодо конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності – страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення договору страхування відповідно до страхових тарифів.

8.15. За згодою сторін договору страхування повернення або сплата сум, зазначених у пп. 8.13, 8.14 Правил страхування, можуть бути відкладені до закінчення договору страхування або зроблено взаємозалік.

8.16. У випадку припинення договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи (у разі здійснення колективного страхування), договір страхування щодо останнього припиняється з моменту одержання Страховиком заяви Страхувальника або з іншого моменту, що зазначено в заяві Страхувальника.

9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Місце (територія) дії договору страхування визначається при укладанні договору страхування та вказується в ньому.

9.2. Якщо інше не передбачено в договорі страхування, місцем дії договору страхування є Україна.

10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

10.1. Зміни умов договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, місця дії договору страхування і т.ін.) за згодою сторін вносяться шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування або переукладання договору страхування.

10.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною договору страхування і складається у такій кількості примірників, що й договір страхування.

10.3. Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачено умовами договору страхування), письмово повідомити Страховика про всі істотні зміни ступеня ризику. Зміною ступеня ризику вважається будь-яка зміна даних або/та обставин, які надані Страхувальником у заяві на страхування та/або

зазначені у догові страхування, наприклад, зміна Застрахованою особою виду професійної діяльності, переведення на інше місце або дільницю роботи, якщо це пов'язано з підвищенням небезпеки для життя та здоров'я, заняття видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя та здоров'я, встановлення Застрахованій особі групи інвалідності, суттєве погіршення стану її здоров'я (виявлення онкологічних хвороб, тяжких форм захворювань серцево-судинної системи тощо) тощо.

10.4. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором страхування, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування, про дострокове припинення його дії або про продовження строку дії договору страхування на попередніх умовах.

10.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін в договір страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

10.6. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до п. 8.10 цих Правил страхування.

10.7. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не повідомить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком або зменшити розмір страхової виплати.

11. ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов договору страхування та цих Правил страхування.

11.2. Страхувальник має право:

11.2.1. Укладати зі Страховиком договір свого особистого страхування та договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

11.2.2. Перевіряти дотримання Страховиком/Застрахованою особою умов договору страхування.

11.2.3. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримати страхову суму (її частину) шляхом оплати Страховиком вартості отриманої медичної допомоги та медичних послуг згідно з умовами договору страхування.

11.2.4. На зміну умов договору страхування та/або на дострокове припинення дії договору страхування за умовами, передбаченими цими Правилами страхування та/або договором страхування.

11.2.5. У випадку втрати договору страхування (картки) у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

11.2.6. Призначати в договорі страхування фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувача) для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.2.7. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або її розмір.

11.2.8. Отримати будь-які пояснення відповідно до договору страхування.

11.2.9. У разі колективного страхування додаткової кількості осіб чи припинення дії договору страхування стосовно частини Застрахованих осіб. У разі страхування додаткової кількості осіб Страхувальник повідомляє про це Страховику в порядку, передбаченому цими Правилами страхування. Кінцевий термін дії договору страхування стосовно додатково Застрахованих осіб не може бути більше загального періоду дії договору страхування;

11.2.10. Користуватися іншими правами, передбаченими договором страхування, правилами та законодавством України.

11.3. Страхувальник зобов'язаний:

11.3.1. Вносити страхові платежі в розмірі та в строки, передбачені договором страхування.

11.3.2. При укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінювання страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

11.3.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору страхування.

11.3.4. Вживати усіх можливих заходів та дій з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком.

11.3.5. Негайно, протягом строку передбаченого цими Правилами страхування та/або договором страхування, якщо цьому не перешкождали об'єктивні причини, в письмовій формі інформувати Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком та діяти відповідно до Розділу 12 цих Правил страхування.

11.3.6. Надавати Страховику достовірну інформацію про Застраховану особу на вимогу Страховика.

11.3.7. Надавати Страховику чи його представнику вільний доступ до інформації про страховий випадок, події, що може бути визнана страховим випадком.

11.3.8. Повідомляти Страховика про зміну своїх реквізитів.

11.3.9. Проінформувати Застраховану особу про умови договору страхування, а також про дії Застрахованої особи в разі настання страхового випадку.

11.3.10. Повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів (якщо інший строк не передбачений договором страхування) Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом або за умовами договору страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) права на страхову виплату.

11.3.11. Виконувати інші обов'язки, передбачені договором страхування, Правилами страхування та законодавством України.

11.4. Застрахована особа має право:

11.4.1. Користуватись правами Страхувальника за винятком пп. 11.2.4, 11.2.9 цих Правил страхування, якщо вона не є Страхувальником.

11.4.2. На отримання всіх страхових послуг, передбачених договором страхування;

11.4.3. На отримання страхової виплати в разі настання страхового випадку, обумовленого договором страхування.

11.4.4. Оскаржити відмову Страхувальника у страховій виплаті у судовому порядку.

11.5. Застрахована особа зобов'язана:

11.5.1. Під час заповнення заяви та декларації про стан здоров'я надавати Страховику правдиву та повну інформацію.

11.5.2. Забезпечити зберігання страхових документів і тримати в таємниці відомості щодо договору страхування і отриманої інформації про Страховика за винятком випадків, передбачених законодавством України.

11.5.3. Виконувати приписи лікаря, який лікує Застраховану особу, що отримані протягом надання медичної допомоги, дотримуватися розпорядку, що встановлений закладом охорони здоров'я.

11.5.4. Пройти попередній медичний огляд на вимогу Страховика.

11.5.5. У разі втрати картки в триденний термін повідомити Страховика для отримання його дубліката.

11.5.6. Сплачувати за власний рахунок вартість отриманих медичних та парамедичних послуг, які були надані та згідно умов договору страхування не

визнаються страховими.

11.6. Страховик має право:

11.6.1. До укладання договору страхування вимагати будь-яких додаткових обстежень і документів, які підтверджують стан здоров'я особи, яка приймається на страхування, та за їх результатами приймати рішення щодо прийняття Застрахованої особи на страхування.

11.6.2. Відмовити в укладанні договору страхування на підставі результатів попереднього анкетування і медичного обстеження Страхувальника/Застрахованої особи.

11.6.3. Перевіряти достовірність повідомлених Страхувальником при укладанні договору страхування відомостей, перевіряти іншу надану Страхувальником інформацію, вимагати додаткових документів, що мають значення для визначення ступеня ризику, а також виконання Страхувальником/Застрахованою особою вимог договору страхування.

11.6.4. У випадку підвищення ступеня ризику щодо предмета договору страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни в договір страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити дію договору страхування після відмови Страхувальника відповідно до умов, передбачених договором страхування або продовжити дію договору страхування на попередніх умовах.

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

11.6.6. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку.

11.6.7. Відмовити або відстрочити страхову виплату у випадках, передбачених договором страхування.

11.6.8. На зміну умов договору страхування та на дострокове припинення дії договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та/або договором страхування.

11.6.9. У разі сплати страхового платежу частинами при здійсненні страхової виплати утримати зі Страхувальника неоплачену частину страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

11.6.10. Вимагати повернення страхової виплати, що вже здійснена Страхувальнику (Застрахованій особі) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих Правил страхування та/або договором страхування.

11.6.11. Відстрочити страхову виплату, але на строк не більше 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інше не передбачено умовами договору страхування:

11.6.11.1. До отримання Страховиком документів, які запитуються ним у зв'язку із заявою про подію, що має ознаки страхового випадку, в установах і організаціях, які володіють чи зобов'язані володіти інформацією про подію, що мають ознаки страхового випадку, а також до отримання показань свідків – очевидців події, що має ознаки страхового випадку.

11.6.11.2. До дати повної сплати страхового платежу (чи його першої частини, якщо договором страхування передбачено розстрочення платежу).

11.6.12. Користуватися іншими правами, передбаченими договором страхування, Правилами страхування та законодавством України.

11.7. Страховик зобов'язаний:

11.7.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

11.7.2. 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 Страхувальнику.

11.7.3. У разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений цими Правилами страхування та/або договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

11.7.4. Відшкодувати витрати, яких зазнав Страхувальник у разі настання страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування.

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

11.7.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, установлених законом.

11.7.7. Виконувати умови договору страхування та цих Правил страхування.

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

12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі розладу здоров'я Застрахованої особи або виникнення будь-яких питань, пов'язаних з ним, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

12.1.1. Якнайшвидше, але не пізніше 2 (двох) робочих днів з моменту настання події, зателефонувати до лікаря-координатора Страховика (Асистансу) служби за номерами телефонів, що вказані в договорі страхування, отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- назву Страхової компанії, номер договору страхування та термін його дії;
- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- розмір страхової суми, назву Програми страхування;
- опис того, що трапилось, та характер необхідної допомоги (послуг);
- точне місцезнаходження Застрахованої особи, контактний телефон;
- іншу інформацію на запит Асистансу або Страховика.

12.1.2. Після звернення до Асистансу або Страховика виконувати надані рекомендації щодо своїх подальших дій.

12.1.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

12.1.4. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

12.1.5. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення.

12.1.6. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховикові будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, лікувальних закладів, інших організацій, які надавали допомогу та (або) послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася).

12.2. Лікар-координатор Страховика (Асистансу) залучає до роботи з надання та координації медичної допомоги та/або парамедичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює своєчасність, повноту, якість та адресність надання цих послуг.

12.3. Якщо Застрахована особа з об'єктивних причин не мала змоги повідомити Страховика (Асистанс), і без його відома розпочато надання медичної допомоги (послуг), Застрахована особа або її законні представники, зобов'язані повідомити про це

Страховика (Асистансу) протягом перших 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту початку надання медичної допомоги (послуг).

12.4. Для отримання медичної допомоги (послуг) Застрахована особа повинна надати медичному персоналу оригінал договору страхування (сервісну, страхову картку) та документ, що посвідчує її особу, в окремих випадках – направлення, видане Страховиком (Асистансом).

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

13.1. Підтвердження настання страхового випадку, визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на підставі таких документів:

13.2. Копії медичної документації із медичного закладу (виписки з амбулаторної картки, виписка з історії хвороби, консультативного висновку тощо), яка містить дату звернення Страхувальника/Застрахованої особи, діагноз або шифр за МКХ-10, а також перелік наданих медичних послуг (медичної допомоги), оформлений належним чином.

13.2.1. Копії рецептів, виписаних лікарем.

13.2.2. Копії листка непрацездатності або відповідної довідки, завіреної в установленому законодавством порядку.

13.2.3. Оригіналів фіскальних чеків (квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати медичних послуг (лікарських засобів), якщо оплата вартості таких послуг (лікарських засобів) здійснювалась Страхувальником/Застрахованою особою самостійно.

13.2.4. Товарних чеків на придбані лікарські засоби (у випадку, якщо в касовому чеку не зазначено назви придбаного медикаменту).

13.2.5. Акта виконаних робіт (наданих медичних послуг).

13.2.6. Рахунка-фактури за надані медичні послуги.

13.2.7. У разі лікування у приватного спеціаліста – висновок лікаря (належно оформлений), копії ліцензії на здійснення приватної медичної діяльності, копії свідоцтва платника податків, копії довідки про оплату податків таким спеціалістом за останній квартал тощо.

13.2.8. Заяву про страхову виплату за формою Страховика.

13.2.9. Документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати щодо запобігання та зменшення розміру шкоди та інші витрати, якщо відшкодування таких передбачено договором страхування.

13.2.10. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати.

13.2.11. Інші документи на обґрунтований письмовий запит Страховика щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру зазначеного збитку.

13.3. У разі потреби Страховик запитує відомості, що стосуються страхового випадку: у правоохоронних органів, медичних установах та інших підприємствах, установах і організаціях, які володіють інформацією про обставини випадку, що має ознаки страхового.

13.4. Наведені вище документи мають бути надані Страховику не пізніше 10 (десяти) робочих днів після закінчення лікування (або від часу першої можливості отримання документів, термін отримання яких визначено законодавством України чи обставинами іншого характеру), якщо інше не передбачено договором страхування.

13.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, мають бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

13.6. Ураховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених п.п. 13.2 цих Правил страхування.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені причини та розміри збитку.

14.2. Загальна сума страхових виплат кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхову суму, встановлену для цієї Застрахованої особи у договорі страхування.

14.3. Якщо у договорі страхування передбачено страхові суми за окремим страховим ризиком та/або випадком, Програмою страхування та/або за окремими видами допомоги (послуг) тощо, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих установлених страхових сум.

14.4. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медичної допомоги (послуг) в межах встановленої договором страхування страхової суми (лімітів відповідальності Страховика) з урахуванням франшизи та інших умов договору страхування.

14.5. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги (послуг), інших документів, передбачених договором страхування, шляхом:

14.5.1. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок Асистансу – у разі, якщо медична та інша допомога та (або) послуги надавались Застрахованій особі за допомогою Асистансу.

14.5.2. Перерахуванням грошових коштів на банківський рахунок медичного або іншого закладу, який за згодою Страховика надав послуги, оплата вартості яких передбачена договором страхування.

14.5.3. Страхувальникові (Застрахованій особі), інші особі, яка має право на отримання страхової виплати, – у разі, якщо Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив вартість медичної та іншої допомоги та (або) послуг, оплата вартості яких передбачена договором страхування, або зазначені витрати здійснила третя особа.

14.6. Передбачена договором страхова виплата Вигодонабувачу (лікувально-профілактичному закладу, Страхувальнику/Застрахованій особі та іншим особам, зазначеним у договорі страхування) здійснюється Страховиком незалежно від сум, що належать Страхувальнику/Застрахованій особі із соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням.

14.7. Страхова виплата за бажанням Вигодонабувача може бути виплачена готівкою в касі Страховика шляхом перерахування на банківський рахунок одержувача, або переказом поштою чи іншим способом за згодою сторін. Витрати на перерахування страхової виплати на банківський рахунок одержувача та на перерахування його по пошті покладено на Страховика.

14.8. Оплата лікарських засобів за окремою нозологією (конкретною хворобою) здійснюється Страховиком тільки в кількості, потрібній для курсу лікування Страхувальника/Застрахованої особи та на термін лікування не більше 1 (одного) календарного місяця/, якщо інше не передбачено договором страхування.

14.9. Якщо договором страхування передбачена безумовна франшиза, Страхувальник/Застрахована особа повинна самостійно оплатити цю суму медичному закладу, лікарю або третій особі при наданні Страхувальнику/Застрахованій особі медичної допомоги (послуг), якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

14.10. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичної та іншої допомоги (послуг), застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування, якщо інше не

передбачене умовами договору страхування.

15. СТРОКИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до Розділу 13 цих Правил страхування, якщо інший строк не передбачений договором страхування, Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати та складає відповідний страховий акт або приймає рішення про відмову у страховій виплаті.

15.2. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати виплата здійснюється впродовж 30 (тридцяти) робочих днів з дня складання страхового акта, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

15.3. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик впродовж 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (якщо інший строк не передбачений договором страхування) повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови або відстрочення.

15.4. У випадку виникнення спорів між сторонами щодо причин і розмірів збитків кожна із сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи, яка провадиться за рахунок сторони, яка вимагає проведення такої експертизи.

15.5. В окремих випадках, коли надані документи суперечать один одному або за якими не можна однозначно з'ясувати обставини і характер події, що має ознаки страхового випадку, термін прийняття рішення можна продовжити до 45 (сорока п'яти) робочих днів для з'ясування обставин події, що має ознаки страхового випадку. Якщо у вказаний термін не вдалося з'ясувати зазначені обставини, страхова виплата здійснюється на підставі рішення суду, що набрало чинності.

15.6. У випадку несвоєчасного здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику пеню за кожний день прострочення платежу, розмір якої визначається умовами договору страхування, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України на день прострочення платежу.

15.7. Страхувальник зобов'язаний повернути протягом 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування, Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом або за договором страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу) права на страхову виплату.

16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

16.1. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

16.1.1. 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 укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

16.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

16.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, приховування таких відомостей.

16.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

16.1.5. Неподання Страхувальником документів, які підтверджують факт настання страхового випадку.

16.1.6. Шахрайство або інші дії Страхувальника, спрямовані на отримання незаконної вигоди від страхування.

16.1.7. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про підвищення ступеня ризику.

16.1.8. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

16.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать чинному закону.

17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

17.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі, якщо його укладено після страхового випадку.

17.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що виникають із договору страхування, укладеного на підставі цих Правил страхування, вирішуються шляхом переговорів.

18.2. У разі недосягнення згоди сторонами договору страхування спори вирішуються у судову порядку відповідно до чинного законодавства України.

19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

19.1. Цими Правилами страхування регламентовано основні умови страхування.

19.2. 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.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

За бажанням Страхувальника Програма страхування може включати в себе одну або декілька основних та/або додаткових Програм добровільного медичного страхування. Для однієї, кількох або для кожної із цих Програм, в тому числі у межах однієї Програми, можуть встановлюватись ліміти відповідальності (обмеження) щодо обсягу медичної допомоги та/або максимального розміру страхової виплати, що здійснюватиметься за умови виникнення страхового випадку.

Страхова сума, що встановлюється у договорі страхування за згодою Сторін, може складатися із окремих страхових сум за кожною, кількома чи всіма Програмами.

Тариф за окремими Програмами добровільного медичного страхування може бути скоригований з застосуванням коефіцієнтів, передбачених цими Програмами. За усіма без виключення Програмами можуть бути передбачені додаткові послуги за умови сплати додаткового страхового платежу.

1. ОСНОВНІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Програма „А” - Поліклініка передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ, денних стаціонарів (якщо це передбачено договором страхування) в тому числі:

- медичну допомогу вдома (при необхідності здійснюється виклик лікаря додому);
- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- хірургічне лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах („мала” хірургія);
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами (якщо це передбачене умовами договору).

1.2 Програма „В” - Стаціонарне лікування передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) лікування (в тому числі перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування, у тому числі консультації й інші професійні послуги лікарів вузькопрофільної спеціалізації, лабораторні, функціональні, інструментальні методи діагностики;
- проведення терапевтичного і хірургічного лікування, у тому числі оперативного;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- проведення лікувальних заходів і маніпуляцій, у тому числі фізіотерапевтичних та реабілітаційних на стаціонарному етапі лікування.

1.3 Програма „С” - Невідкладна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

2. ДОДАТКОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Програма „Д” - Стоматологія передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) проведення необхідного як невідкладного, так і терапевтичного стоматологічного лікування:

- детальне обстеження при стоматологічній допомозі; рентген;
- використання різних видів анестезії;
- розкриття кореневих каналів (розкриття пульпової камери);
- видалення зубів та коренів за медичними показаннями;
- лікування травматичних пошкоджень зубів та щелепи (без протезування) – в обсязі невідкладної допомоги при щелепно-лицьовій травмі);
- пломбування зубів та зубних каналів;
- лікування гострого зубного болю при пульпіті, періодонтиті, періоститу;
- зняття зубного каменю, чистка, поліровка (якщо це передбачено договором страхування);
- протезування (якщо це передбачено договором страхування);
- терапевтична стоматологія – лікування періодонтиту та енедодонтиту (якщо це передбачено договором страхування).

2.2. Програма „Е” – Подорож (якщо інше не зазначене в договорі страхування) передбачає оплату вартості отриманої Застрахованою особою під час відпочинку (подорожі, відрядження) екстреної медичної допомоги чи евакуації (за медичними показаннями) з приводу раптового гострого захворювання або розладу стану здоров'я внаслідок нещасного випадку.

Після надання екстреної медичної допомоги (та, у разі необхідності, евакуації) подальше лікування Застрахованої особи за рахунок Страховика не здійснюється.

Під “екстреною” розуміють медичну допомогу, яка необхідна за життєвими показаннями та ненадання або відстрочення надання якої являє пряму загрозу життю Застрахованої особи. Медична допомога Застрахованій особі, що не є екстреною, за рахунок Страховика згідно даної програми не надається.

Максимальний термін дії договорів страхування за даною програмою складає до 1 календарного місяця, якщо у договорі страхування не зазначене інше.

Територією дії договору страхування за даною програмою - Україна, за винятком населеного пункту постійного проживання Застрахованої особи.

2.3. Договором страхування можуть бути передбачені інші додаткові страхові Програми страхування.

3. СТРАХОВІ ТАРИФИ

3.1. В залежності від конкретних умов страхування (кількості Застрахованих осіб, комплексу обраних програм, об'єму та рівня послуг в рамках певної програми,

кількості років безперервного страхування, віку Застрахованих осіб тощо) до страхових тарифів передбачене застосування корегуючих коефіцієнтів:

- Знижуючих – від 0,99 до 0,01;
- Підвищуючих – від 1,01 до 10,00.

3.2. Програма Д “Стоматологія” забезпечується лише у комплексі із Програмою А – “Поліклініка”. Вибір Програми Д “Стоматологія” окремо від Програми А – “Поліклініка” не передбачений.

3.3. В залежності від терміну дії договору страхування до страхового тарифу конкретної програми (крім програми “Е”) застосовуються коефіцієнти короткостроковості:

Кількість місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Строк дії Договору (днів)	1-45	46-75	76-105	106-135	136-165	166-195	196-225	226-255	256-285	286-315	316-345	346-365
Коефіцієнт до тарифу	0,20	0,31	0,42	0,52	0,60	0,68	0,76	0,83	0,89	0,94	0,97	1,00

Таблиця 1

Страхові тарифи до програм “А”, “В”, “С”

Код програми	Страховий тариф на рік, %
А	4,0
В	2,0
С	3,0
Д	20,0

Таблиця 2

Страхові тарифи (у % від страхової суми за кожен день страхування) до програми “Е” в залежності від обраної Страхувальником страхової суми:

Страхова сума, грн.			
До 3 000	Від 3 000 до 5 000	Від 5 000 до 10 000,00	Понад 10 000
0,025	0,02	0,015	0,0125

4. Норматив витрат на ведення справи складає **45%** від страхового тарифу.

Актуарій
(свідоцтво № 03-007 від 06.12.2012 р.)



Ю.М. Карташов

Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)

Голова Правління
ПрАТ „СК „ПРЕСТИЖ“

Бридун С.В.

Пронумеровано і прошито 25 арк.



НАЦІОНАЛЬНА РАДА з АКТ. СЕРТИФІКАЦІЇ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ФІНАНСОВОЇ КОМП'ЮТ. ТА ІНШОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ІНДУСТРІЇ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Табла Невикористовується

№ таб. - 0313419

Д. Бридун

15.10.2013