



# Добровільне медичне страхування



# Продукти медичного страхування

## ОСНОВНІ ПРОДУКТИ

### 1. Добровільне медичне страхування (ДМС)

є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я. Воно пов'язане з компенсацією громадянам витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я, а саме з:

- відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;
- придбанням медикаментів;
- лікуванням у стаціонарі;
- отриманням стоматологічної допомоги;
- проведенням профілактичних та оздоровчих заходів.

Добровільне медичне страхування здійснюється Страховою компанією „Престиж” відповідно до Закону України "Про страхування", Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) №017 від 17.10.2008 р. та безстрокової ліцензії Держфінпослуг України серія АВ № 469859 від 28.07.2009 р.

### 2. Страхування від нещасних випадків (НС)

є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я або у разі смерті внаслідок нещасного випадку. На відміну від ДМС, страхування від нещасних випадків передбачає страхову виплату у розмірі певного % від страхової суми, а не у розмірі понесених витрат.

### 3. Страхування здоров'я на випадок хвороби (Здоров'я)

є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я або смерті внаслідок виникнення захворювання в період дії договору. Також передбачає страхову виплату.

### 4. Комплексні продукти (ДМС + НС+Здоров'я +...)



# Добровільне медичне страхування

**Медичне страхування** сьогодні є найбільш привабливим видом особистого страхування, що входить до соціального пакету” для співробітників різних компаній. Договір страхування дає можливість отримати гарантовано якісне медичне обслуговування, а також свідчить про реальну турботу керівника про свій колектив.

**Предметом страхування** є майнові інтереси, що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованих осіб та пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги. Добровільне медичне страхування базується на залученні вільних коштів підприємств, організацій і населення до сфери охорони здоров'я.

**Страховими випадками** є звернення Застрахованої особи до медичного закладу (Асистуючої компанії) з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, отриманої травми, отруєння, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку та з профілактичною метою.

**Страхова сума** визначається за згодою між Страховиком і Страхувальником при укладанні договору страхування.

**Базовий річний** страховий платіж залежить від обраних медичних програми, переліку медичних закладів, чисельності Застрахованих осіб, строку дії договору страхування, визначеної підприємством страхової суми (ліміту відповідальності), обраного варіанта оплати тощо.



# Розробка комерційної пропозиції по ДМС

Для проведення попередньої зустрічі з клієнтом працівник СК має володіти наступною інформацією:

- Які заклади надають медичні послуги на території проживання потенційних Застрахованих осіб, їх потужність, можливості?
- Які види медичних послуг дійсно можливо запропонувати клієнту?

Під час зустрічі з клієнтом, для розробки індивідуальної комерційної пропозиції необхідно з'ясувати наступні питання:

- Який бюджет передбачено на медичне страхування, на одного працівника?
- Які класи програм необхідні, їх комбінації (для всіх один клас, чи різні по вартості та рівню обслуговування програми)?
- Необхідний рівень обслуговування (державні/комерційні/елітні клініки)?
- Побаження щодо конкретних медичних закладів, в яких буде відбуватися обслуговування.
- Які вікові категорії потенційних застрахованих? Приблизне співвідношення чоловіків і жінок, кількість осіб, які мають бути застраховані. Побаження щодо страхування родичів (вибіркове чи масове)?
- Чи страхувалися раніше клієнти по дмс, якщо так, то в якій СК? При можливості бажано взяти програму, по якій проходилося страхування в попередні роки.
- Рід занять працівників; найбільш розповсюджені ризики, яким піддаються працівники (професійні, пов'язані з хобі / спортом); рівень збитковості за попередні роки.



# Анкета для розробки комерційної пропозиції по ДМС

## ЛИСТ ПОПЕРЕДЬОГО ОПИТУВАННЯ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ

1. Назва Компанії: \_\_\_\_\_
2. Галузь / сфера діяльності: \_\_\_\_\_
3. Кількість працівників: \_\_\_\_\_
4. Кількість потенційних застрахованих осіб: \_\_\_\_\_
5. Які вікові категорії потенційних застрахованих? Приблизне співвідношення чоловіків і жінок: \_\_\_\_\_
6. Географічне розташування потенційних застрахованих осіб *(де переважно необхідно надавати медичну допомогу: в одному місті, в різних містах; зазначте: місто, кількість застрахованих осіб в ньому)*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Приблизний бюджет, виділений на одну застраховану особу по добровільному медичному страхуванню: \_\_\_\_\_
8. Види медичної допомоги, що необхідні:

<input type="checkbox"/> Амбулаторно-поліклінічна допомога	<input type="checkbox"/> Лікування цукрового діабету
<input type="checkbox"/> Стационарне лікування	<input type="checkbox"/> Вагітність і пологи
<input type="checkbox"/> Невідкладна допомога	<input type="checkbox"/> Профілактично-оздоровча програма
<input type="checkbox"/> Стоматологія <i>(зазначте бажаний ліміт)</i>	<input type="checkbox"/> Інші побажання: _____
<input type="checkbox"/> Лікування онкологічних хвороб	_____
<input type="checkbox"/> Лікування туберкульозу	_____

9. Побажання щодо страхових сум: \_\_\_\_\_
10. Кількість програм *(одна для всіх; різні по вітостаті і рівню обслуговування)*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Бажаний рівень медичних закладів *(державні/комерційні/елітні клініки)*: \_\_\_\_\_
12. Побажання щодо медичних закладів, в яких буде відбуватися обслуговування *(при наявності закладу, в якому постійно обслуговуються клієнту, або якому надають перевагу)*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Професії застрахованих осіб; найбільш розповсюджені ризики, яким піддаються застраховані особи *(професійні, пов'язані з хобі / спортом)*; рівень збитковості за попередні роки: \_\_\_\_\_
14. Побажання щодо сплати страхового платежу *(одноразовий платіж, поквартально, раз на півріччя)*: \_\_\_\_\_
15. Чи страхувалися раніше клієнти по ДМС, якщо так, то в якій СК? \_\_\_\_\_
16. При можливості бажано взяти програму, по якій проводилося страхування в попередні роки.

Пункти 2, 4, 5, 6, 8, 11 обов'язкові для заповнення.



# Переваги ДМС для керівництва

**Для Керівника підприємства медичне страхування є дієвим важелем:**

в сфері менеджменту персоналу, а саме як:

посилення гарного іміджу керівника, що піклується про здоров'я працівників;

зміцнення сприятливої соціальної атмосфери у колективі;

досягнення гарантовано високого рівня соціальної захищеності працівників у сфері охорони здоров'я за рахунок страхування.

**Як результат: утримання найбільш цінних співробітників.**

для забезпечення безперервності виробничого процесу, а саме як:

гарантія якісного медичного обслуговування співробітників підприємства на всій території України 24 години на добу 7 днів на тиждень.

**Як результат: скорочення кількості днів непрацездатності працівників підприємства через хворобу не менш як на третину.**

оптимізації витрат на медичне обслуговування працівників, а саме як:

можливість чіткого планування видатків на соціальні потреби працівникам підприємства;

уникнення необхідності сплачувати матеріальну допомогу у випадку захворювання;

**Як результат: скорочення видатків на медико-соціальну сферу до розміру страхових платежів.**



# Переваги ДМС для персоналу

## Переваги медичного страхування для працівників підприємства:

**Відчуття соціальної захищеності** на випадок непередбачуваних проблем зі здоров'ям.

**Можливість не думати про вартість медичних послуг**, медикаментів, супутніх товарів, так як страхова компанії бере на себе всі фінансові витрати, а також клопоти щодо оформлення медичних документів, придбанням і доставки медикаментів та інші організаційні питання, що значно полегшує життя застрахованої особи.

**Економія часу** – замість застрахованої особи пошуком необхідного спеціаліста та/або медичного закладу займається Асистуюча компанія. Працівнику не потрібно сидіти в черзі до лікаря, так як надання медичних послуг відбувається в заздалегідь обумовлений, зручний час.

**Можливість виклику довіреного лікаря в офіс / додому** для проведення огляду, отримання консультації

**Можливість отримання додаткових програм**, таких як: вітамінізація, імунізація, гомеопатія, аптечка в офіс (для отримання першої допомоги або при простудних захворюваннях).



# Що є страховим випадком?

Страховим ризиком є:

- непередбачене гостре захворювання, що потребує надання медичної допомоги;
- загострення хронічної хвороби, що становить загрозу життю Застрахованої особи;
- розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком нещасного випадку;
- необхідність звернення до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) в інших випадках, передбачених програмами медичного страхування.

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії Договору до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з профілактичною метою, та отримання медичної допомоги та медичних послуг у межах та в обсязі програм та лімітів страхування.

Наслідки нещасного випадку	Гостре захворювання	Загострення хронічної хвороби	Профілактика захворювань
БІЛЬ			

звернення до Асистансу або медичного закладу та отримання медичної допомоги





# Програми медичного страхування

**Програма** добровільного медичного страхування **складається** зі **спеціалізованих опцій**, які можуть комбінуватися в залежності від потреб і побажань клієнта.

До **основних опцій медичного страхування** належать:

- Опція – Амбулаторно-поліклінічна допомога,
- Опція - Стаціонарне лікування,
- Опція – Невідкладна допомога,
- Опція – Стоматологія.

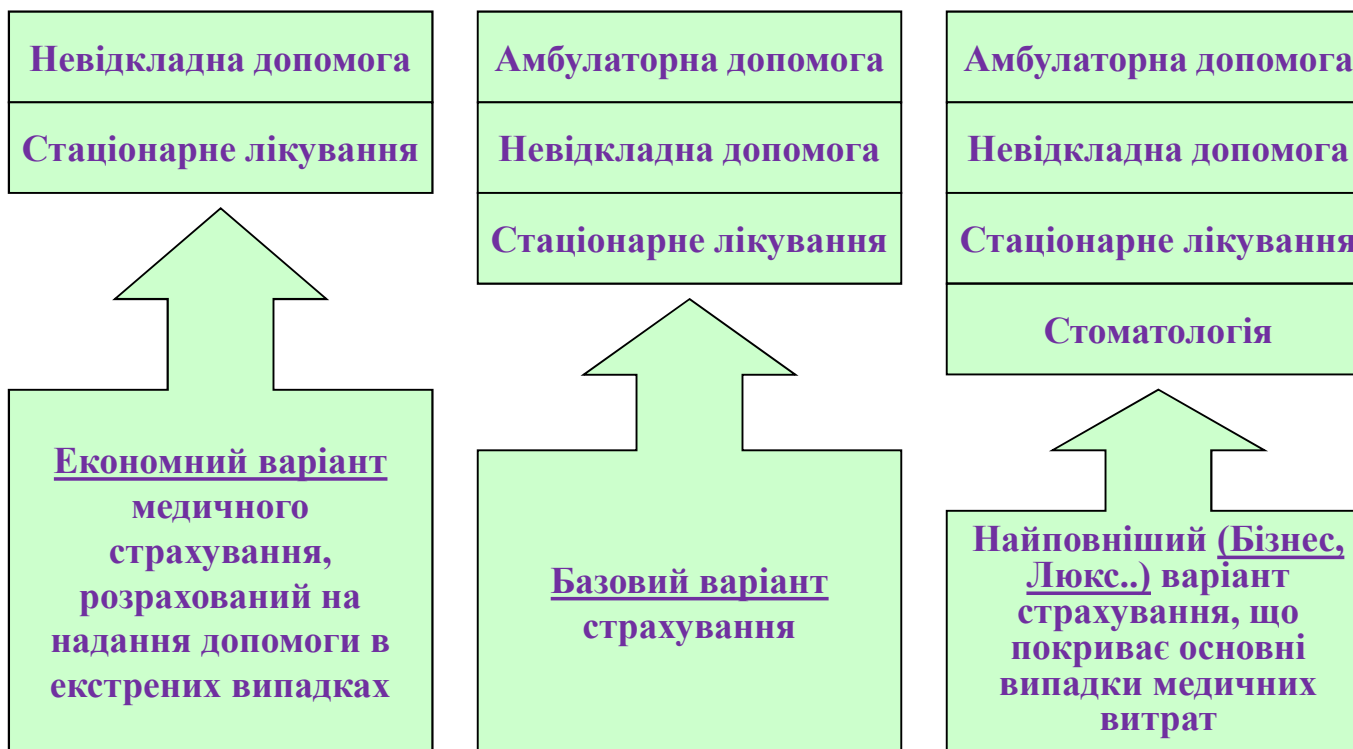
До **додаткових опцій медичного страхування** належать:

- Опція – Лікування онкологічних хвороб,
- Опція – Лікування туберкульозу,
- Опція – Вагітність та пологи,
- Опція – Профілактично-оздоровча програма.



# Програми медичного страхування

Найбільш розповсюдженими комбінаціями програм медичного страхування є:



# Спеціалізована служба Страховика

Спеціалізована служба Страховика (Асистанс) – юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають послуги Застрахованій особі в разі настання страхового випадку. Асистанс організовує, контролює, сплачує вартість наданих послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

*У разі настання страхового випадку Застрахована особа повинна зателефонувати в Асистуючу компанію, яка скоординує подальші дії і надасть необхідну медичну допомогу.*

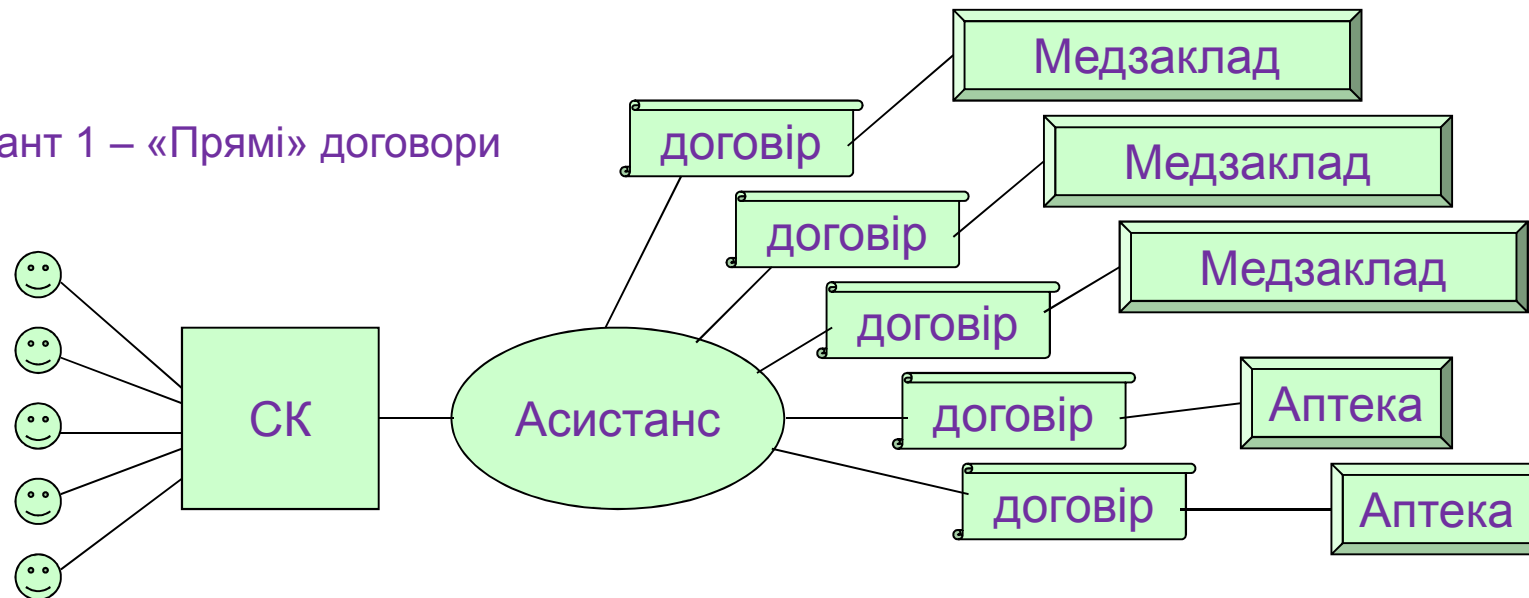
*Страхова компанія “Престиж” по напрямку дмс співпрацює з Асистуючими компаніями:*

*ТОВ Асистанський центр «Ел.Ай.Сі. Асистанс»*



# Схеми сервісного обслуговування

Варіант 1 – «Прямі» договори

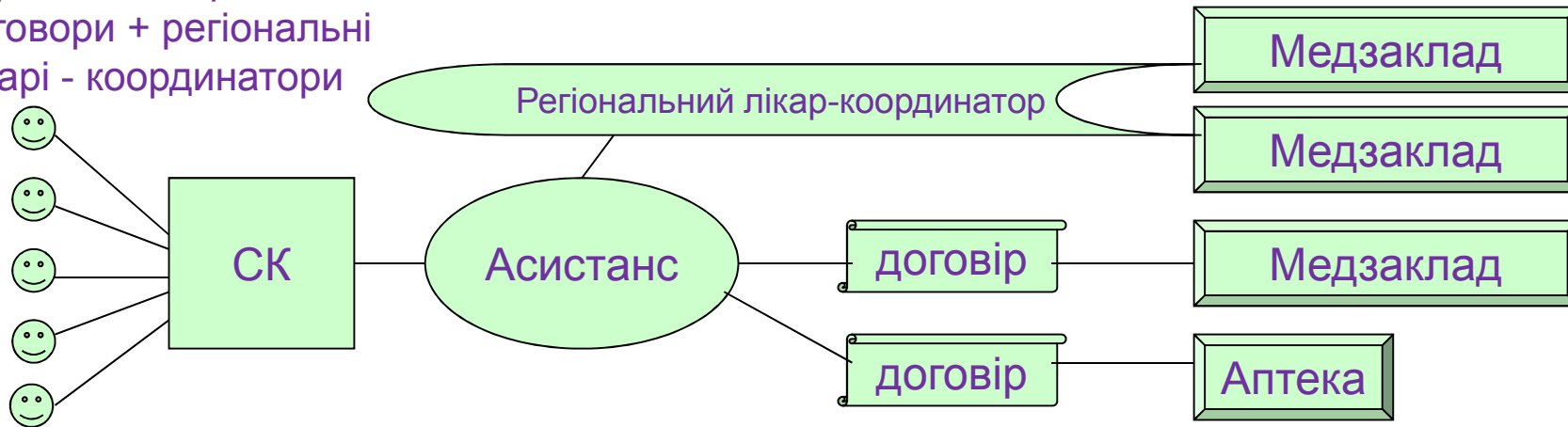


- Застосовується для категорій обслуговування з тими медичними закладами, які працюють на основі офіційних договорів.
- Ціновий рівень середній і вище середнього. Обласні центри, великі курортні міста.
- Застраховані особи звертаються лише в медичні заклади, передбачені договором.
- Оплата послуг медзакладам через асистанс.



# Схеми сервісного обслуговування

Варіант 2 – “Прямі”  
договори + регіональні  
лікарі - координатори



- Застосовується для категорій обслуговування з тими медзакладами, які працюють без офіційних договорів (при відсутності затверджених прайс-листів, по договорам добровільних внесків, через окремих асистанс).

-Ціновий рівень середній і нижче середнього. Районні та деякі обласні центри, інші населені пункти.

-Застосовується при одночасному прикріпленні на обслуговування від 1000 осіб в одному населеному пункті.

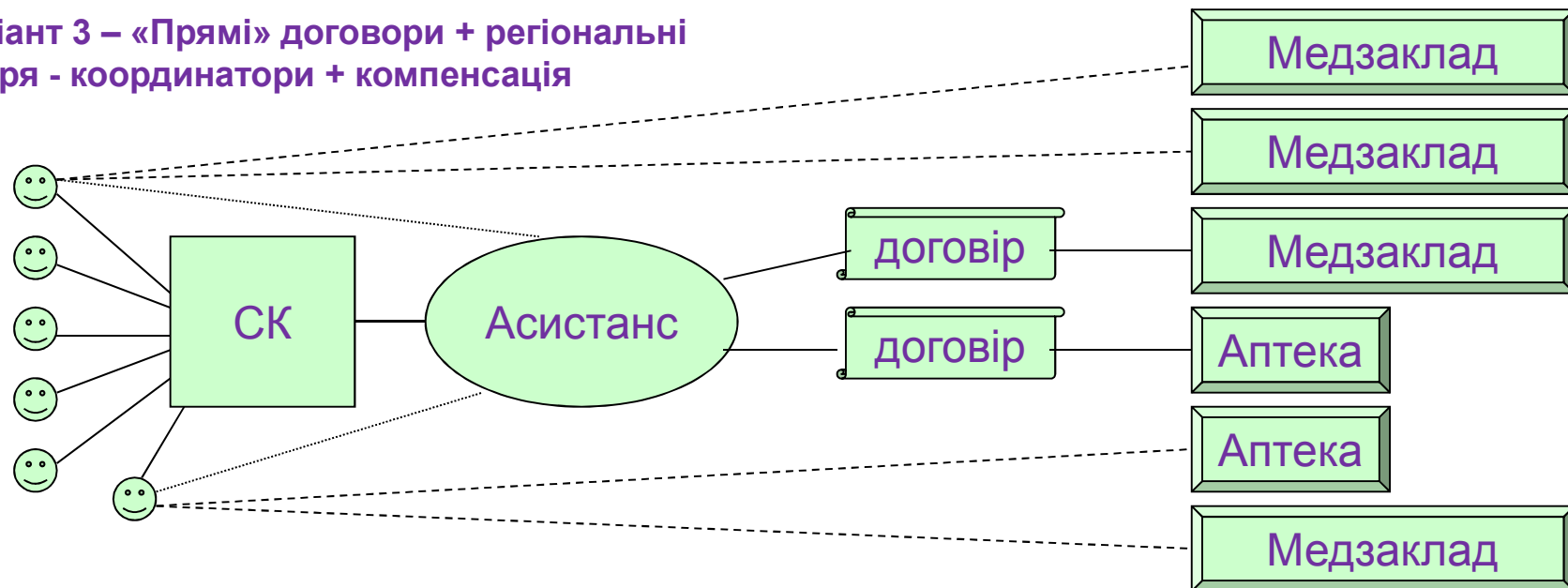
-Застраховані особи звертаються до регіонального лікаря-координатора, а він здійснює особистий прийом і направляє в медичні заклади, які не мають прямих договорів.

-Оплата послуг медзакладів здійснюється через Асистанс. Виникають додаткові витрати по оплаті послуг регіонального лікаря-координатора, організація робочих місць, налагодження позадоговірних відносин з такими медзакладами.



# Схеми сервісного обслуговування

Варіант 3 – «Прямі» договори + регіональні лікаря - координатори + компенсація



-Застосовується у випадку, коли договором страхування передбачено фіксована виплата, та/або коли медичний заклад не може надати копію медичної документації та/або розрахункові документи.

-Ціновий рівень середній та нижче середнього. Без обмежень по географії застосування.

- Немає обмежень по кількості одночасного прийняття на обслуговування. Можна застрахувати навіть одну особу.

-Застраховані особи можуть звертатися як в базовий медичний заклад, так і самостійно в будь-який медзаклад з подальшою компенсацією витрат (фіксована виплата, або компенсація документально підтверджених витрат).

-Оплата послуг медзакладів як через асистанс, так і шляхом прямої виплати застрахованій особі.



# Зразок комбінованої програми ДМС

<b>Страхова сума на одну застраховану особу, грн.</b>	<b>8 000,00</b>	<b>8 000,00</b>	<b>2 500,00</b>
<b>Річний страховий платіж на одну застраховану особу, грн.</b>	<b>400,00</b>	<b>480,00</b>	<b>360,00</b>
<b>Поквартальний страховий платіж на одну застраховану особу, грн.</b>	<b>100,00</b>	<b>120,00</b>	<b>90,00</b>
<b>Амбулаторно-поліклінічна допомога</b>			
<b>Форма власності медичних закладів, в яких надаються послуги</b>	Державні	Державні	Державні
<b>Ліміт відповідальності Страховика по Амбулаторно-поліклінічній допомозі протягом дії договору на одну застраховану особу, грн.</b>	1 000,00	1 000,00	500,00
Консультації медичних фахівців загального профілю та вузьких спеціалістів	✓	✓	-
Інструментальна та лабораторна діагностика за призначенням лікаря	✓	✓	-
Забезпечення медикаментами за призначенням лікаря (курс лікування – до 30 календарних днів)	Ліміт на медикаменти та видаткові матеріали – 500,00 грн протягом дії договору	Ліміт на медикаменти та видаткові матеріали – 500,00 грн протягом дії договору	Ліміт на медикаменти та видаткові матеріали – 500,00 грн протягом дії договору
Проведення лікувальних заходів і маніпуляцій, в тому числі фізіотерапевтичних	✓	✓	-
Консультації лікаря терапевтичного профілю з виїздом до місця перебування застрахованої особи (вдома, на роботі) за медичними показаннями	✓	✓	-
Хірургічне лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах («мала хірургія»), в тому числі анестезіологічний супровід	✓	✓	-
Перебування в денному стаціонарі	✓	✓	-



# Зразок комбінованої програми ДМС

Стаціонарне лікування			
Форма власності медичних закладів, в яких надаються послуги	Державні	Державні	Державні
Ліміт відповідальності Страховика по Стаціонарному лікуванню протягом дії договору на одну застраховану особу, грн.	5 000,00	5 000,00	2 000,00
Тривалість перебування в стаціонарі <sup>1</sup>	/	Не більше 10 днів протягом однієї госпіталізації	
Ліміт витрат на день перебування в стаціонарі		150,00 грн/день	-
Екстрена госпіталізація за медичними показаннями в профільний стаціонар		✓	✓
Розміщення в палатах, дієтичне харчування в умовах стаціонару		✓	-
Консультативна допомога фахівців		✓	Ліміт протягом однієї госпіталізації – 250,00 грн.
Проведення лабораторно – діагностичних й інструментальних методів дослідження		✓	
Проведення термінового консервативного і оперативного лікування		✓	-
Лікування у відділенні реанімації (у разі потреби)		✓	-
Проведення лікувальних заходів і маніпуляцій, у тому числі фізіотерапевтичних на стаціонарному етапі лікування		✓	-
Забезпечення медикаментами й видатковими матеріалами (шприци, бинти, катетери й т.п.) при екстреній госпіталізації		Ліміт протягом однієї госпіталізації – 500,00 (1 000,00) грн <sup>2</sup>	✓

<sup>1</sup> Період між госпіталізація ми не менше 5 днів, крім випадків:

- наступної екстреної госпіталізації,
- при погодженні з лікарем Асистуючої компанії Страховика (Асистиансом)

<sup>2</sup> При перебуванні в стаціонарі без необхідності хірургічного втручання ліміт на медикаменти встановлюється у розмірі 500,00 грн. протягом однієї госпіталізації; при перебуванні в стаціонарі с необхідністю хірургічного втручання – ліміт становить 1 000,00 грн.





# Зразок комбінованої програми ДМС

<b>ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ</b>			
Ліміт відповідальності (страхова сума) Страховика по добровільному страхуванню від нещасних випадків на одну застраховану особу, грн.	2 000,00	2 000,00	2 000,00
Річний страховий платіж на одну застраховану особу, грн.	20,00	20,00	20,00
<b>Страхові випадки:</b>	<b>Розмір страхової виплати:</b>		
- смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	100% страхової суми		
- установлення Застрахованій особі первинної інвалідності I групи (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу: зміна III або II групи інвалідності на I групу, якщо група інвалідності, що змінюється – встановлена Застрахованій особі вперше внаслідок настання страхового випадку під час дії цього Договору) внаслідок нещасного випадку	100% страхової суми		
- установлення Застрахованій особі первинної інвалідності II групи (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу: зміна III групи інвалідності на II групу, якщо група інвалідності, що змінюється – встановлена Застрахованій особі вперше внаслідок настання страхового випадку під час дії цього Договору) внаслідок нещасного випадку (випадок "Інвалідність II групи")	80% страхової суми		
- установлення Застрахованій особі первинної інвалідності III групи внаслідок нещасного випадку	60% страхової суми		
- тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	[% від страхової суми, розмір зазначений у Таблиці 1 страхових виплат (п.22.1 Правил)] АБО [у розмірі 0,5% страхової суми за кожен день непрацездатності або лікування (підтверджений листком непрацездатності), але не більше 25% страхової суми за кожним окремим страховим випадком]		
<b>ДОБРОВІЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ</b>			
Ліміт відповідальності (страхова сума) Страховика по добровільному страхуванню здоров'я на випадок хвороби на одну застраховану особу, грн.	1 000,00	1 000,00	1 000,00
Річний страховий платіж на одну застраховану особу, грн.	8,00	8,00	8,00
<b>Страхові випадки:</b>	<b>Розмір страхової виплати:</b>		
- смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення (загострення) захворювання	100% страхової суми		



# СТРАХОВА КОМПАНІЯ “ПРЕСТИЖ” – “Ми захищаємо Ваші мрії”

## Наша адреса:

03142, м. Київ, вул. Василя Стуса 35/37

тел. (044) 38 39 145

e-mail: [info@prestige-ic.com.ua](mailto:info@prestige-ic.com.ua)

[www.prestige-ic.com.ua](http://www.prestige-ic.com.ua)

