

Приватне акціонерне товариство «Страхові гарантії України»

«Затверджено»

Голова правління

Приватне акціонерне товариство

«Страхові гарантії України»

06 листопада 2019 року



І.О. Гусєва

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
(нова редакція)**

м. Київ – 2019

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Приватне акціонерне товариство «Страхові гарантії України» (далі по тексту – Страховик) відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Правила) укладає зі Страхувальниками договори добровільного медичного страхування (далі по тексту – Договори страхування).

1.2. Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.3. Застрахована особа – Страхувальник (якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе) чи третя особа, про страхування якої укладено Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.4. Добровільне медичне страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

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

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

1.5. Дані Правила регулюють умови та порядок укладання Договору страхування. При укладанні Договору страхування окремі умови, передбачені цими Правилами, можуть бути частково змінені або доповнені за згодою Сторін.

1.6. Для реалізації програм медичного страхування Страховик укладає з медичними закладами або асистуючою компанією договори про надання Застрахованим особам медичних, оздоровчих послуг та лікарської допомоги (далі по тексту – медичної допомоги).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй медичної допомоги.

3.2. Страховим випадком, відповідно до цих Правил, є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до медичного закладу або асистуючої компанії, передбачених Договором страхування, за отриманням консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої та іншої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого програмами медичного страхування у зв'язку з: захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку.

3.3. Договір страхування може бути укладений на наступних умовах:

3.3.1. Гарантована оплата вартості медичної допомоги в умовах стаціонару в екстреному і плановому порядку (програма "Стаціонар").

3.3.2. Гарантована оплата вартості амбулаторно-поліклінічної допомоги, в тому числі, послуги сімейного лікаря (програма "Поліклініка").

3.3.3. Гарантована оплата вартості стоматологічної допомоги (програма "Стоматологія").

3.3.4. Гарантована оплата вартості швидкої і невідкладної медичної допомоги (програма "Швидка та невідкладна допомога").

3.3.5. Гарантована оплата вартості реабілітаційної, оздоровчої медичної допомоги (програма "Медична реабілітація").

3.3.6. Гарантована оплата вартості амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої і невідкладної, реабілітаційної, медикаментозної допомоги та послуг сімейного лікаря (програма "Комплексна програма").

3.4. Програми медичного страхування наведені в Додатку №1 до цих Правил.

3.5. Конкретний перелік медичних послуг, що включені в програму медичного страхування та страхова сума за такою програмою вказується Страхувальником при поданні заяви про намір укласти Договір страхування.

У випадку, якщо Страховиком укладені Договори про оплату вартості послуг з медичними закладами, що надають однакові медичні послуги, але на різному якісному рівні (використовується високоякісна медична техніка, найновіші медичні технології, лікарі, що мають більш високий рівень кваліфікації та т. ін.) який визначає вартість лікування, в умови страхування можуть бути включені варіанти надання однакових медичних послуг різними медичними закладами, що диференційовані по вказаним вище ознакам, на умовах сплати Страхувальником різного розміру страхового платежу.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик не оплачує вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку з:

4.1.1. Одержанням травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я, що настало в зв'язку зі здійсненням Застрахованою особою дій, у яких судом чи слідчими органами встановлено ознаки навмисного злочину.

4.1.2. Одержанням травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я, що настало в результаті перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, за винятком випадків, коли цей стан було викликано протиправними діями третіх осіб.

4.1.3. Навмисним заподіянням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, у тому числі із замахом на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до замаху на самогубство протиправними діями третіх осіб.

4.1.4. Оплатою медичних послуг, медичних препаратів, лікування, включаючи будь-який період перебування в стаціонарі чи амбулаторного лікування, що не були рекомендовані, письмово засвідчені довіреним лікарем Страховика чи лікуючим лікарем Застрахованої особи як необхідні за медичними показаннями.

4.1.5. Гострою і хронічною променевою хворобою.

4.1.6. Особливо небезпечною інфекційною хворобою – натуральна віспа, чума, холера, жовта лихоманка – у випадку виникнення епідемії і/чи оголошення державного карантину.

4.1.7. Будь-якою формою СНІД, в будь-якій його стадії та його наслідками.

4.1.8. Впливом ядерного вибуху, радіації чи радіоактивного зараження.

4.1.9. Военними діями, а також маневрами чи іншими військовими заходами.

4.1.10. Громадянською війною, народними хвилюваннями чи всякого роду страйками.

4.1.11. Стихійними лихами.

4.2. У випадку первинного виявлення у Застрахованої особи захворювань (станів), перерахованих у п.п.

4.1.5. – 4.1.7. цих Правил, в період дії Договору страхування, Страховик оплачує вартість медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

4.3. Страховик не оплачує отриману Застрахованою особою медичну допомогу і медичні послуги в медичних установах, не визначених Договором страхування, без попереднього узгодження зі Страховиком.

4.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачене Договором страхування, вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку з:

4.4.1. Лікуванням хронічних захворювань, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення.

4.4.2. Косметичним лікуванням.

4.4.3. Лікуванням хвороб, які передаються статевим шляхом.

4.4.4. Лікуванням алкоголізму, токсикоманії та наркоманії.

4.4.5. Оперативним втручанням, яке пов'язане з пересадкою органів і тканин.

4.4.6. Лікуванням злоякісних новоутворень.

4.4.7. Отриманням Застрахованою особою послуг приватних медичних сестер.

4.4.8. Отриманням Застрахованою особою послуг від осіб, що не мають права на медичну практику, а також екстрасенсів, інших окультних практиків.

4.5. Страховик не оплачує вартість: ортопедичних пристосувань та пристроїв, окулярів, слухових апаратів, інвалідних візків т. ін.

4.6. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у розмірі франшизи, якщо вона передбачена Договором страхування;

4.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

5.1. Страхова сума визначається у Договорі страхування за погодженням між Страхувальником та Страховиком в залежності від програми медичного страхування, обраної Страхувальником, обраного переліку медичних послуг, що включені до програми медичного страхування.

5.2. У Договорі страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика по окремих видах медичних послуг, що включені у програми медичного страхування.

5.3. Страхувальник за узгодженням із Страховиком має право протягом дії Договору страхування змінити розмір страхової суми, а також ліміти відповідальності Страховика по окремих видах медичних послуг, що включені у програму медичного страхування. Внесення змін оформлюється додатковою угодою до Договору страхування.

При збільшенні розміру страхової суми Страхувальник сплачує додатковий страховий внесок, розмір якого обчислюється виходячи з різниці між новою і початковою страховою сумою та терміну, що залишився до кінця дії Договору страхування.

5.4. Розмір страхової суми за Договором страхування зменшується на розмір здійсненої у зв'язку із страховим випадком страхової виплати.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ

6.1. Страховий тариф визначається Страховиком залежно від чинників, що впливають на ступінь ризику виникнення страхового випадку: професія/рід занять Застрахованої особи, наявність/відсутність шкідливих умов праці на виробництві, проведення профілактичних заходів, стан здоров'я Застрахованої особи та т. ін., а також від обраних Страхувальником програм медичного страхування.

6.2. Страхова премія визначається множенням страхового тарифу на страхову суму. Страхові тарифи наведені у Додатку № 2 до цих Правил.

6.3. Страхова премія за Договором страхування може бути сплачена Страхувальником одноразово – разовим платежем за весь термін страхування або іншим чином за узгодженням сторін.

В кожному окремому випадку порядок сплати страхової премії обумовлюється в Договорі страхування.

У випадку укладання Договорів страхування групи осіб, загальний розмір страхової премії за Договором страхування визначається як сума страхових премій по всіх Застрахованих особах.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається строком на один рік, якщо умовами Договору страхування не передбачене інше.

7.2. Місце дії Договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник надає Страховику письмову заяву за встановленою Страховиком формою, що є невід'ємною частиною Договору страхування, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір медичного страхування.

В заяві на страхування повинні бути зазначені:

- найменування і юридична адреса Страхувальника, його банківські реквізити (для Страхувальника – юридичної особи) або
- П.І.Б., паспортні дані, адреса місця проживання, номер телефону й інші реквізити (для Страхувальника – фізичної особи);
- П.І.Б. Застрахованої особи;
- бажані умови страхування (страхова сума, програма медичного страхування);
- термін страхування.

У разі страхування групи осіб Страхувальник додає до заяви список осіб, що підлягають страхуванню, який водночас є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною. Заповнення бланку заяви не зобов'язує Страховика до укладення Договору страхування.

8.2. Договори страхування укладаються, як правило, без попереднього медичного огляду осіб, що підлягають страхуванню. При цьому, Страховик має право отримати від Страхувальника заповнені декларації здоров'я (анкети), осіб, що страхуються, за встановленою Страховиком формою, що містять відомості, які дозволяють оцінити стан здоров'я особи, що страхується.

Страховик має право при укладанні Договору страхування передбачити обов'язковий медичний огляд осіб, що мають бути застрахованими, на підставі результатів якого визначити належність цих осіб

до груп ризику, та відповідні розміри страхової премії що підлягає сплаті (результати медичного огляду є невід'ємною частиною Договору страхування). При цьому витрати, пов'язані з проходженням особою, що страхується (за вимогою Страховика) медичного огляду, оплачуються Страхувальником чи особою, що страхується, самостійно за рахунок особистих коштів.

У випадку відмови Страхувальника чи особи, що страхується, у наданні інформації що запитується Страховиком, Страхувальнику може бути відмовлено в укладанні Договору страхування.

8.3. Страховик має право перевірити достовірність наданих Страхувальником відомостей. У випадку встановлення того, що Страхувальник повідомив про себе чи особу, що страхується, невірні дані, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

8.4. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом, що є формою Договору страхування.

До Договору страхування додаються:

- список Застрахованих осіб із зазначенням П.І.Б., віку, статі, повної домашньої адреси, телефону;
- програми медичного страхування;
- перелік медичних закладів, до яких Застраховані особи мають право звернутися за одержанням медичної допомоги або медичних послуг;
- іменні страхові поліси (у відповідності зі списком Застрахованих осіб) за формою, встановленою Страховиком.

8.5. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страховий платіж, розмір якого розраховується за тарифними ставками Страховика, у терміни, передбачені Договором страхування.

8.6. В Договорі страхування може бути передбачена франшиза.

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

8.8. Застрахованій особі забороняється передавати страховий поліс іншим особам з метою одержання такими особами медичних послуг за Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі поліс, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи і відмовити у страховій виплаті.

8.9. У разі втрати Страхувальником чи Застрахованою особою страхового полісу, він повинний негайно сповістити про це Страховика. Страховик за письмовою заявою Страхувальника чи Застрахованої особи видає дублікат поліса, після чого втрачений поліс припиняє свою дію і страхові виплати по ньому не здійснюються.

8.10. Страхувальник протягом терміну дії Договору може збільшити кількість Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування, обсяг медичних послуг, розмір страхової суми, шляхом оформлення додаткової угоди до Договору страхування, та сплатою додаткового страхового внеску. Додатковий страховий внесок у цьому випадку сплачується одноразово, якщо додатковою угодою до Договору страхування не встановлене інше.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик має право:

9.1.1. Вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування.

9.1.2. Перевіряти інформацію що повідомляється Страхувальником чи Застрахованою особою.

9.1.3. Вимагати визнання Договору недійсним і повернення Страхувальником Страховику отриманих за Договором страхових виплат, якщо після укладання Договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив Страховику неправдиві відомості про предмет страхування або обставини, що мають істотне значення для визначення ступеню ризику.

9.1.4. Відмовити у страховій виплаті згідно з п.12.7. цих Правил.

9.1.5. Письмово погодити зі Страхувальником внесення у Договір страхування змін у частині розміру страхової суми або обсягу відповідальності Страховика у випадку зміни медичним закладом тарифів на медичні послуги.

9.2. Страховик зобов'язаний:

9.2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

9.2.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у термін, передбачений договором про співпрацю між Страховиком та медичним закладом або Договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне виконання своїх обов'язків шляхом сплати медичному закладу або Страхувальнику чи Застрахованій особі неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору про співпрацю між Страховиком та медичним закладом або Договору страхування.

9.2.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника та Застраховану особу, його майновий стан та стан здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

9.2.5. Відшкодувати витрати, понесені Застрахованою особою при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору.

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

9.3. Страхувальник має право:

9.3.1. Ознайомитися з Правилами страхування.

9.3.2. Розширити перелік Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування або медичних послуг, розмір страхової суми, у відповідності до умов цих Правил.

9.3.3. При укладанні Договору страхування за письмовим розпорядженням, оформленим згідно з чинним законодавством, призначити особу для отримання страхової виплати.

9.3.4. Укладати Договір страхування за однією або кількома програмами медичного страхування.

9.3.5. Отримувати інформацію про страхові виплати, що здійснені по Застрахованих особах.

9.3.6. Достроково припинити дію Договору страхування згідно з п.14.2. цих Правил.

9.4. Страхувальник зобов'язаний:

9.4.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

9.4.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори медичного страхування щодо осіб, які мають бути застраховані.

9.4.4. Надати Страховику права повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування.

9.4.5. У межах своєї компетенції вживати заходів по усуненню несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб.

9.4.6. Забезпечити збереження документів за Договором страхування.

9.4.7. В усіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування повернути Страховику страхові поліси Застрахованих осіб, дія яких припиняється з моменту дострокового припинення дії Договору страхування.

9.4.8. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання події, що має ознаки страхового випадку.

9.4.9. Повідомити Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

9.5. Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з Договору страхування, переходять до правонаступника Страхувальника за згодою Страховика.

9.6. Страхувальник, якщо це передбачено Договором страхування, несе майнову відповідальність за несвоєчасне внесення страхових платежів шляхом сплати Страховику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

9.7. Застрахована особа має право:

9.7.1. На одержання медичних послуг відповідно до умов, зазначених в Договорі страхування, в медичних установах, перелік яких визначений у Договорі страхування.

9.7.2. Вимагати від Страховика дотримання умов Договору страхування.

9.7.3. Повідомляти Страховика про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання таких послуг.

9.7.4. На одержання дублікату страхового поліса у випадку його втрати.

9.8. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

9.8.1. Дотримуватися розпорядження лікуючого лікаря і розпорядку, встановленого медичним закладом.

9.8.2. Не передавати страховий поліс іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за цим полісом.

9.8.3. Надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та сьогодні.

9.8.4. негайно, як тільки це можливо (але не пізніше, ніж через 72 години), інформувати Страховика про такі події що наступили:

- будь-яке стаціонарне лікування;
- будь-яке хірургічне лікування;
- лікування і/чи обстеження в медичному закладі, що не зазначений в Договорі страхування;
- втрата страхового полісу.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. У разі настання такого стану здоров'я Застрахованої особи, яке потребує медичної допомоги, Застрахована особа повинна звернутися до Страховика або до асистуючої компанії, якщо така зазначена у Договорі страхування, або до медичного закладу з переліку тих, що зазначені в Договорі страхування, вказати назву Страховика, своє прізвище, номер Договору страхування (полісу) та викласти причину звернення.

10.2. Застрахована особа має право:

- на вибір медичного закладу для отримання лікування відповідно до Договору страхування;
- на оплату Страховиком медичних послуг, отриманих в медичних закладах, що не передбачені Договором страхування за умови попереднього узгодження із Страховиком;
- повідомляти Страховику про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного або неякісного надання таких послуг.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку, є документи, які підтверджують факт отримання Застрахованою особою медичної допомоги у медичному закладі (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, рахунок медичного закладу, рецепти, лікарняний лист, довідка медичного закладу щодо терміну лікування та діагнозу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу та інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку).

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТ СТРАХОВИХ СУМ

12.1. За умови визнання факту настання страхового випадку, Страховик проводить страхову виплату відповідно до умов Договору страхування на підставі заяви про виплату страхового відшкодування та страхового акту.

12.2. Страхова виплата провадиться Страховиком:

12.2.1. При оплаті медичних послуг медичному закладу, асистуючій компанії – у порядку і в терміни, передбачені укладеним між Страховиком і медичним закладом (асистуючою компанією) договором.

Оплата медичних послуг провадиться на підставі рахунку медичного закладу, з указанням діагнозу, термінів лікування, переліку наданих медичних послуг, їх вартості (окремо по кожній Застрахованій особі) і загальної суми витрат по всіх медичних послугах, що надані Застрахованим особам у межах передбаченої Договором страхування програми медичного страхування.

Страховик має право перевірити відповідність зазначених у рахунку медичних послуг їх переліку за Договором страхування.

12.2.2. Оплата (компенсація) понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги здійснюється на підставі письмової заяви Страхувальника чи Застрахованої особи, Договору страхування (страхового полісу), документів, що підтверджують факт надання Застрахованій особі медичних послуг, діагноз, терміни лікування (виписка з медичної картки стаціонарного або амбулаторного хворого, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу), переліку наданих медичних послуг (із числа передбачених Договором страхування), чеків про оплату медичних послуг.

За умовами попереднього погодження із Страховиком, Страховик оплачує (компенсує) Застрахованій особі вартість придбаних нею самостійно медикаментів в обсязі, передбаченому

програмами медичного страхування, у випадку, якщо зазначені медикаменти були призначені лікарем, але не були в розпорядженні медичного закладу, на підставі документу, що підтверджує їх призначення (рецепт або виписку з медичної картки) із зазначенням доз та кількості ліків, чеків про оплату ліків.

Для оплати (компенсації) понесених Застрахованою особою витрат на медичні послуги або медикаменти Застрахована особа повинна протягом 30-ти днів з дня надання медичної послуги надати Страховику перераховані вище документи для складання страхового акта.

12.2.3. Страховий акт складається Страховиком протягом 10-ти банківських днів з дня одержання всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку. При необхідності перевірки обставин страхового випадку і поданих документів Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на термін до 30 днів.

Страхова виплата проводиться протягом 10-ти банківських днів, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, із дати складання страхового акта.

Днем проведення страхової виплати вважається дата списання коштів з рахунку Страховика в банку або видача готівки з каси Страховика.

12.2.4. Виплату належної суми Застрахованій особі, згідно умов, передбачених п. 12.2.2. цих Правил, Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи, що визначається у заяві про страхову виплату.

12.3. Договір страхування, за яким виплачена частина страхової суми, діє до кінця строку, зазначеного у Договорі.

12.4. Загальна сума виплат при настанні одного або декількох страхових випадків з однією Застрахованою особою не може перевищувати страхової суми, обумовленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

12.5. У разі необхідності Страховик може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних установ та інших організацій, які мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку.

12.6. Страховик має право призначити проведення незалежної експертизи у разі виникнення сумніву щодо обставин, пов'язаних із страховим випадком.

12.7. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

12.7.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не розповсюджується на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

12.7.2. Вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

12.7.3. Надання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про Застраховану особу або про факт настання страхового випадку.

12.7.4. Не повідомлення Страхувальником чи Застрахованою особою Страховика про подію, що має ознаки страхового випадку без поважних на це причин.

12.7.5. Інші випадки, передбачені законодавством України.

12.8. Страховик не оплачує вартість медичних послуг у випадку:

12.8.1. Отримання Застрахованою особою медичних послуг в медичних установах не передбачених Договором страхування, за виключенням випадків попереднього погодження зі Страховиком.

12.8.2. Отримання Застрахованою особою медичних послуг, що не передбачені Договором страхування (програмою медичного страхування).

12.8.3. Отримання Застрахованою особою медичних послуг що не були рекомендовані, засвідчені довіреним лікарем Страховика або лікуючим лікарем Застрахованої особи як необхідні і розумні заходи, якщо це передбачено Договором страхування.

12.8.4. Невиконання Застрахованою особою розпоряджень лікуючого лікаря, або порушення визначеного лікуючим лікарем лікарняного режиму, якщо це передбачено Договором страхування.

12.9. Відмова Страховика у виплаті страхової суми (її частини) може бути оскаржена у судовому порядку.

13. ТЕРМІН ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10-ти робочих днів з дня отримання документів, передбачених пп. 12.2.1., 12.2.2. цих Правил. У разі прийняття рішення:

- а) про страхову виплату – Страховик здійснює виплату протягом 10-ти банківських днів;
- б) про відмову у страховій виплаті – Страховик повідомляє Страхувальника та Застраховану особу в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5-ти робочих днів з дня прийняття рішення.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення терміну дії;

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

14.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування терміни. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору.

14.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

14.1.5. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України.

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.7. В інших випадках, передбачених Договором страхування та законодавством України.

14.2. Дія Договору страхування по відношенню до Застрахованої особи припиняється у випадку:

14.2.1. Виплати страхової суми в повному обсязі.

14.2.2. Смерті Застрахованої особи.

14.2.3. Припинення трудових відносин Застрахованої особи із Страхувальником, якщо це передбачено Договором страхування.

14.2.4. Дострокового припинення дії Договору страхування.

14.3. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

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

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

У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Вимоги щодо страхових виплат пред'являються згідно з чинним законодавством України.

15.2. Спори, які виникають у процесі виконання умов Договорів страхування, вирішуються сторонами шляхом взаємних переговорів та оформлюються відповідним протоколом. Якщо в процесі переговорів сторони не дійдуть згоди, подальше розглядання спорів проходить відповідно до чинного законодавства України.

15.3. Сторона, винна в невиконанні або в неналежному виконанні умов Договору страхування, несе відповідальність згідно з Договором страхування та з діючим законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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

16.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний у 5-денний строк повідомити Страховика про значні зміни, в відомостях, які були надані Страховику при укладанні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то Договір страхування взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

16.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику, що оформлюється додатковою угодою до діючого Договору страхування.

16.1.3. Якщо Страхувальник не погоджується на зміну умов Договору страхування або доплату страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування.

Визначення термінів, що застосовуються у Правилах

1. Асистуюча компанія – компанія, яка згідно діючого законодавства має право надавати послуги з організації медичної допомоги та яка має із Страховиком договір про співпрацю.
2. Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або третьої особі (застрахованої особи), 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.
3. Застрахована особа – Страхувальник (якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе) чи третя особа, про страхування якої укладено договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.
Страховик має право передбачити обмеження щодо контингенту Застрахованих осіб (наприклад, осіб, що у своєму повсякденному житті потребують тривалої сторонньої допомоги, що мають вродженні пороки розвитку, що перебувають на обліку в онкологічних, наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах і ін.), відповідно до яких окремі категорії фізичних осіб можуть бути застраховані з відповідним таким категоріям обмеженнями в обсягу відповідальності Страховика або відмовити в укладанні договору страхування стосовно таких фізичних осіб.
4. Медична допомога – консультаційна, діагностична, лікувальна, лікарська, профілактична, реабілітаційна, оздоровча та інша медична допомога що надається медичним закладом.
5. Медичний заклад – медичним закладом є лікувально-профілактичні установи, науково-дослідні і медичні інститути, інші установи, що мають відповідно до законодавства України право на здійснення медичної діяльності і з якими Страховиком укладені договори на надання Застрахованим особам медичної допомоги визначеного обсягу і якості в рамках Програм добровільного медичного страхування. До Медичних закладів відповідно до цих Правил відносяться також приватно-практикуючі лікарі, що мають ліцензії на право здійснення медичної діяльності.
6. Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (травматичне пошкодження, опіки, відмороження, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком сальмонельозу, дизентерії), ліками; ботулізм; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом), поліомієлітом, сказ внаслідок укусу тварини, правець) Застрахованої особи або її смерть. Нещасними випадками також є наступні події, які призвели до розладу здоров'я або смерті Застрахованої особи: утоплення, ураження блискавкою або електричним струмом, укуси тварин або отруйних комах, змій, проникнення стороннього тіла, протиправні дії третіх осіб.
7. Програма медичного страхування – частина договору страхування, яка містить перелік медичної допомоги, оплату вартості якої гарантує Страховик згідно з цим Договором. Програми медичного страхування, за якими укладаються Договори страхування, наведені у Додатку № 1 до цих Правил.
8. Страховик – юридична особа, створена відповідно до чинного законодавства, яка отримала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.
9. Страхувальники – юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування.
Страхувальники – юридичні особи укладають договори страхування групи осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.
Страхувальники – фізичні особи укладають договори страхування відносно себе або відносно третьої особи або групи фізичних осіб (Застраховані особи), лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.
10. Страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
11. Страховий випадок – подія, що передбачається договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити відповідно до умов договору страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або медичному закладу чи асистуючій компанії.
12. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату у разі настання страхового випадку.
13. Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

14. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
15. Страховий платіж (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.
16. Страховий поліс – документ, що є формою договору страхування і який посвідчує факт укладання договору страхування.
17. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами договору страхування.

ДОДАТОК №1
до Правил добровільного медичного
страхування (безперервного страхування
здоров'я) (нова редакція)
від 06 листопада 2019 року

ПРОГРАМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

"СТАЦІОНАР"

Програма передбачає оплату вартості стаціонарного лікування за профілем стаціонару в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Програма передбачає оплату вартості:

1. Всіх видів консервативного і оперативного лікування в стаціонарі, лікувальних процедур.
2. Проведення лабораторних досліджень.
3. Консультативної допомоги кваліфікованих фахівців.
4. Медикаментозного забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря.
5. Розміщення в двох-трьох місних палатах, а також палатах підвищеного рівня комфортності.
6. Індивідуального харчування.
7. Госпіталізації протягом 3-4-х днів по будь-якому профілю захворювання.

"ПОЛІКЛІНІКА"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування та діагностики в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Програма передбачає оплату вартості:

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта.
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей.
3. Діагностичних досліджень та лікувальних процедур у повному обсязі в амбулаторних умовах.
4. Фізіотерапевтичного лікування в умовах поліклініки.
5. Медикаментозного забезпечення за призначенням лікаря в мережі аптек за направленням асистуючої компанії.
6. Нетрадиційних методів лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорексфлексотерапія та ін.).

"СТОМАТОЛОГІЯ"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, лікування і діагностики з приводу стоматологічних захворювань Застрахованої особи в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Програма передбачає оплату вартості:

1. Діагностики.
2. Лікування зубів стоматологом-терапевтом.
3. Видалення зубу.
4. Лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини роту.
5. Реставрації зубів сучасними фотополімерними матеріалами.
6. Анестезії місцевої або загальної.
7. Проведення амбулаторних стоматологічних операцій.
8. Протезування.

"ШВИДКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА"

Програма передбачає оплату вартості наступних видів медичної допомоги і послуг в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово.
2. Первинний огляд.
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги.
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги.
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу.
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

"МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ"

Програма передбачає оплату вартості реабілітаційних заходів за призначенням лікаря після перенесених гострих і загострення хронічних захворювань в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Програма передбачає оплату вартості:

1. Фізіотерапевтичного лікування (масаж, ЛФ, електро-, водо-, грязелікування і т.ін.) в умовах стаціонару, денного стаціонару або поліклініки.
2. Бальнеологічного лікування (ванни, басейн, лікувальна сауна і т. і.).
3. Вітамінотерапії, імунокорекції, повторних курсів медикаментозної терапії в амбулаторних або стаціонарних умовах; санаторно-курортного лікування в санаторіях відповідного профілю.

"КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА"

Програма передбачає оплату вартості консультацій, діагностики, лікування та медикаментозного забезпечення Застрахованої особи в медичних закладах, з якими у Страховика існує договір про обслуговування Застрахованих осіб або в медичних закладах за направленням асистуючої компанії.

Програма передбачає оплату вартості:

Амбулаторно-поліклінічної допомоги:

1. Спостереження особистого довіреного лікаря-терапевта.
2. Консультації лікарів усіх спеціальностей.
3. Діагностичні дослідження та лікувальні процедури у повному обсязі в амбулаторних умовах.
4. Фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки.
5. Денний стаціонар.
6. Медикаментозне забезпечення за призначенням лікаря в мережі договірних аптек.
7. Нетрадиційні методи лікування (гомеопатія, фітотерапія, голкорефлексотерапія та ін.)

Стоматологічної допомоги:

1. Консультація лікаря-стоматолога.
2. Діагностичні дослідження.
3. Терапевтичне та хірургічне лікування.
4. Знеболювання.
5. Протезування.

Стаціонарної медичної допомоги:

1. Госпіталізація при гострому захворюванні, травмі, отруєнні та інших невідкладних станах.
2. Планова госпіталізація при загостренні хронічних захворювань за направленням лікаря.
3. Медикаментозне забезпечення в умовах стаціонару за призначенням лікаря.
4. Проведення лабораторних досліджень.
5. Індивідуальне харчування в умовах перебування у стаціонарі.
6. Розміщення в палатах підвищеного рівня комфортності.

Швидкої та невідкладної допомоги:

1. Виїзд бригади швидкої допомоги цілодобово.
2. Первинний огляд.
3. Медикаментозне забезпечення в обсязі швидкої та невідкладної допомоги.
4. Діагностика в умовах швидкої допомоги.
5. Госпіталізація, при необхідності, до профільного лікувального закладу.
6. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.

ДОДАТОК №2
до Правил добровільного медичного
страхування (безперервного страхування
здоров'я) (нова редакція)
від 06 листопада 2019 року

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
відсотки від страхової суми
(по програмах медичного страхування)

Кількість застрахованих	Стационар	Поліклініка	Стоматологія	Швидка та невідкладна допомога	Медична реабілітація	Комплексна програма
До 10	13,37	25,3	18,0	11,6	14,24	14,72
10-30	10,45	20,04	14,3	9,24	12,5	11,6
30-100	8,14	15,48	11,0	7,16	10,5	8,98
Більше 100	6,44	12,19	8,67	5,62	8,0	7,07

У випадку укладення договору страхування на термін, менший 1 року, застосовуються коефіцієнти короткостроковості. Розмір страхового тарифу визначається шляхом множення базового річного страхового тарифу на коефіцієнт короткостроковості. При укладанні договору страхування на термін менше одного місяця, тариф встановлюється як за повний місяць.

Термін дії договору страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,2	0,35	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95

Страховик має право встановлювати тарифні ставки залежно від ступеня ризику (кількості застрахованих осіб, специфіки підприємства, статево-вікових факторів, стану здоров'я, переліку медичних послуг, що включені до програми страхування, умов Договору страхування, якості медичної допомоги тощо), застосовуючи корегувальні коефіцієнти до базових страхових тарифів:

- знижувальні коефіцієнти - від 0,1 до 0,9;
- підвищувальні коефіцієнти - від 1,1 до 5,0.

Конкретний розмір страхового тарифу розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.

Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

Норматив витрат на ведення справ становить 35% від страхової премії.

Актуарій  Зубченко В.П.
(свідоцтво № 01-027 від 24.10.2017р.)

Всього прошито, пронумеровано і скріплено печаткою

16 (шістнадцять) аркущів

Голова правління ІРАТ "СТУ" _____
06.11.2019 року

