

ЗАТВЕРДЖУЮ»



Борисов О.О.

„27” квітня 2018 р.

Член Комісії

О. Максимчук

18.05.2018 0318096

П РА В И Л А
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)
№ 01

м. Київ - 2018

З М І С Т

	Стор
1. Загальні положення	3
2. Предмет Договору страхування.	5
3. Порядок визначення страхових сум.....	5
4. Страхові ризики. Страхові випадки	6
5. Виключення із страхових випадків і обмеження страхування.....	6
6. Строк та місце дії Договору страхування.....	9
7. Порядок укладення Договору страхування.....	9
8. Страховий тариф. Страховий платіж. Франшиза.....	10
9. Порядок внесення змін до умов Договору страхування.....	10
10. Права та обов'язки сторін.....	10
11. Дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.....	12
12. Визначення розміру страхової виплати.....	13
13. Порядок і умови здійснення страхових виплат.....	13
14. Причини відмови у страховій виплаті	14
15. Умови припинення дії Договору страхування.....	15
16. Порядок вирішення спорів	16
17. Особливі умови.....	16
18. Прикінцеві положення.....	16
Додаток № 1	17

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. „Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)” (надалі – Правила) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» № 85/96-ВР від 07.03.96 р. із змінами та доповненнями, інших законодавчих і підзаконних актів України та визначають загальний порядок і умови укладання, виконання та припинення строку дії договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

1.2. На умовах цих Правил та чинного законодавства України ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СХІД - ЗАХІД» (далі – Страховик), укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір або Договір страхування) з дієздатними фізичними особами та юридичними особами, незалежно від форм власності, резидентами або нерезидентами України (далі – Страхувальники).

1.3. Договір страхування може укладатись стосовно третіх осіб за умови їх згоди. Особа, стосовно якої укладено Договір страхування, є Застрахованою особою.

1.4. За цими Правилами, з відома батьків або опікунів, можуть бути застраховані діти віком до 18 років.

1.5. Страхувальник в Договорі страхування може призначити особу (Вигодонабувача) для отримання страхових виплат. Якщо Договір страхування укладається стосовно третіх осіб, призначення Вигодонабувача є обов'язковим.

1.6. За Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, Страховик зобов'язується 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:

1.6.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася 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;

1.6.2. відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

1.7. Конкретні умови страхування та порядок укладення і виконання Договору страхування визначаються при укладанні Договору відповідно до цих Правил та чинного законодавства України.

1.8. При укладанні Договору страхування окремі умови, передбачені цими Правилами, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за згодою сторін Договору, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

1.9. Визначення термінів.

В цих Правилах терміни та вирази вживаються в такому значенні:

Страховик – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СХІД - ЗАХІД», яке створено згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених Законом України «Про страхування», та яке отримало у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали зі Страховиком Договір страхування.

Асистуюча компанія - організація (установа), яка, згідно законодавством України, має право надавати послуги з організації медичної та іншої допомоги, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика і координувати дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання певних

подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування, організувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній в Договорі страхування Страхувальником, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

Застрахована особа - фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Заклади охорони здоров'я (медичні заклади) - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Захворювання – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

Хронічне захворювання (хронічна хвороба) – захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

Загострення хронічного захворювання (хронічної хвороби) – період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю та вимагає негайної медичної допомоги.

Ліміт відповідальності (ліміт зобов'язань) Страховика - сума, що не перевищує встановлену в Договорі страхування страхову суму, в межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, і за згодою сторін може встановлюватись за окремою програмою страхування, за окремими видами медичних послуг, за одним страховим випадком тощо.

Медико-санітарна допомога (медична допомога) - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологам.

Медичні послуги - послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт.

Нещасний випадок – раптова, короткочасна, не передбачувана, незалежна від волі Застрахованої особи та викликана зовнішнім впливом подія, включаючи протиправні дії третіх осіб, що призвела до травматичного пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності та функціональності, деформації та порушення опорно-

рухового апарату, каліцтва або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, її загибелі. Нещасними випадками також вважаються: випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, анафілактичний шок, тепловий удар, опік, укуси тварин, обмороження, враження електричним струмом та блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками (за винятком харчової токсикоінфекції, дизентерії, сальмонельозу), дорожньо-транспортна пригода.

Здоров'я – стан повного фізичного, душевного благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів.

Розлад здоров'я - безпосередньо пов'язаний з ушкодженням послідовно розвинутий хворобливий процес.

Невідкладний стан - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

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

Страхова виплата (страхове відшкодування) - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

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

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату (виплату страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій особі або Вигодонабувачу.

Франшиза – частина збитків Страхувальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми або в абсолютній грошовій величині.

Умовна франшиза не вираховується при визначенні суми страхової виплати (страхового відшкодування), якщо розмір збитку перевищує величину умовної франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо розмір збитку дорівнює або менший за величину умовної франшизи, встановленої у Договорі страхування, виплата страхового відшкодування не здійснюється.

Безумовна франшиза вираховується при визначенні суми страхової виплати (страхового відшкодування) при настанні кожного та будь-якого страхового випадку.

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 Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

3.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору.

3.2. За згодою сторін страхова сума або ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика можуть бути визначені за Договором страхування в цілому, за програмою страхування, за видами медичних послуг, за окремим страховим випадком, по групі

страхових випадків, на оплату вартості допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, стентів, милиць, колясок тощо), в тому числі їхній ремонт або прокат тощо.

3.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування декількох осіб, розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика встановлюється окремо для кожної Застрахованої особи, а в Договорі страхування зазначається як розмір страхової суми за Договором в цілому, так і розмір страхової суми та ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика для кожної Застрахованої особи.

3.4. Якщо це передбачено Договором страхування, у період дії Договору Страхувальник за згодою Страховика може збільшити розмір страхової суми або ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика, уклавши додатковий договір (додаткову угоду) до Договору страхування та сплативши додатковий страховий платіж.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких здійснюється страхування, є розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку.

4.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу із числа передбачених програмою страхування та одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної, оздоровчої, профілактичної тощо медичної допомоги, що потребує надання передбачених програмою страхування медичних послуг при розладі здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, а також отримання інших послуг, ліків та товарів медичного призначення відповідно до умов, передбачених програмою страхування, обраною Страхувальником при укладенні Договору страхування.

4.3. Випадок, визначений у пункті 4.2 цих Правил, визнається страховим, за умови що Застрахована особа звернулася за медичною допомогою або іншими послугами медичного призначення (що не підпадають під виключення або обмеження страхування) в період дії Договору страхування та таке звернення документально підтверджено у встановленому порядку медичними або іншими профілактично-оздоровчими закладами, передбаченими Договором страхування.

4.4. Послуги, передбачені Договором страхування, можуть організовуватися Страховиком або Асистуючою компанією, з якою Страховик має договір про співробітництво. В екстрених випадках питання щодо організації медичної допомоги вирішують лікарі швидкої допомоги. Порядок обслуговування Застрахованих осіб зазначається в Договорі страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховик не відшкодовує:

5.1.1. Витрати на медичні та інші послуги, не передбачені Договором страхування;

5.1.2. Витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг;

5.1.3. Витрати, не підтвержені належним чином оформленими документами, визначеними в Договорі страхування;

5.1.4. Витрати, що виникли після закінчення строку дії або дострокового припинення дії Договору страхування, за винятком обставин, коли страховий випадок пов'язаний зі стаціонарним лікуванням Застрахованої особи, розпочатим в період дії Договору. В цьому випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період так і після закінчення строку дії або дострокового припинення дії Договору страхування до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більше ніж за 10 (десять) днів після закінчення строку дії Договору, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;

5.1.5. Витрати на придбання гормональних препаратів, окрім протизапальних, препаратів - аналогів релізінг гормонів (дифирилін, золадекс та ін.), препаратів для

запобігання вагітності; косметичних та гігієнічних засобів; засобів для побутової дезінфекції; біологічно активних та харчових добавок; хондропротекторів; гіполіпідемічних препаратів, окрім призначених при лікуванні інфаркту або інсульту; гепатопротекторів; імуномодуляторів; психотропних, снодійних та заспокійливих засобів та ліків; препаратів ензимів загальної дії (вобензим, флобензим, ербісол); стимуляторів загальної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, Допель герц та інші); лікувальних та лікувально-профілактичних шампунів, лаків; препаратів, спрямованих на корекцію фігури та зниження ваги; препаратів, які віднесені до групи бактеріофагів, пробіотиків та пребіотиків; ферментних препаратів, спрямованих на покращення травлення (фестал, мезим, панкреатин та подібні); вітамінних препаратів та препаратів мікро - та макроелементів;

5.1.6. Витрати на придбання допоміжних засобів (протезів та пристроїв різного характеру і призначення, імплантів, кардіостимуляторів, стентів, внутрішньоматкових спіралей (в т.ч. гормональних типу Мірена), корсетів, милиць, інвалідних візочків, комірця Шанса, бандажу, металоконструкції для остеосинтезу в т.ч. фіксатори, що імплантуються для проведення артроскопічних операцій, небулайзери тощо), їхній ремонт або прокат, якщо інше не передбачене Договором страхування;

5.1.7. Витрати на придбання будь – яких медикаментів не призначених лікарем та/або офіційно не зареєстрованих в Україні; лікарських засобів, необхідних для проведення тривалої терапії, строком більше 30 (тридцяти) днів за кожною нозологією протягом року; лікарських засобів, необхідних для тривалого або постійного прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються всі витрати до стабілізації стану здоров'я);

5.1.8. Витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять до призначеного лікарем медичного обстеження та (або) лікування, самолікуванням, у т.ч. придбанням Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів тощо;

5.1.9. Витрати за виклик бригади невідкладної медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, яка діє від імені та (або) в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також за відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою. Виклик лікаря до дому без медичних показань.

5.1.10. Витрати, пов'язані з отриманням довідки для пред'явлення в різного роду установи (медична довідка для отримання дозволу на керування транспортним засобом, володіння та зберігання зброї та ін.);

5.1.11. Витрати, пов'язані з наданням послуг косметолога, перукаря, сурдолога, логопеда, дієтолога, генетика (психолога, психотерапевта та психоаналітика, гомеопата);

5.1.12. Будь - які послуги, попередньо не узгоджені з Асистуючою компанією та/або Страховиком.

5.2. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню витрати на:

5.2.1. Діагностику та лікування алкогольної, тютюнової та наркотичної залежності, ВІЛ-інфекції та СНІДу, вірусного гепатиту (крім гепатиту типу А), цирозу печінки;

5.2.2. Діагностику та лікування венеричних захворювань, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазменна та мікоплазменна інфекція, уrogenітальний герпес, гарднерелльоз, папілломотоз, липтотрікс, трихомоніаз, бактеріальний вагіноз, гонорея тощо), лікування захворювань шкіри (псоріаз, екзема, себорейний дерматит, вугрова хвороба, демодекс), мікози, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскариди тощо), проведення алергопроб;

5.2.3. Лікування (крім невідкладної допомоги) онкологічних та онкогематологічних захворювань, хронічної ниркової недостатності (штучна нирка), системних захворювань, демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи, лікування вроджених захворювань та вад, туберкульозу (крім невідкладної допомоги);

5.2.4. Пластичні та реконструктивні операції, операції на серці, операції, пов'язані з трансплантацією органів та тканин (в тому числі операції з ауто трансплантації), протезування (в т.ч. зубів), ендпротезування, а також придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, оплата донорів, ортодонтичне лікування (в тому числі брекетні системи) та лікування зубів з застосуванням лазерних та озонових технологій, поновлення цілісності зубів методом Сегес і йому подібними, вектор-терапія, експериментальні та нетрадиційні методи лікування (діагностика за Фоллєм, біоенергетика, гірудотерапія, голкотерапія, озонотерапія, склеротерапія, мануальна терапія тощо), процедури, пов'язані з корекцією короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти (в тому числі лазерна хірургія ока), корекцію фігури, проведення курсу лікування у косметолога, проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах, проведення масажу (більше одного курсу – 10 процедур), проведення курсу лікування за абонементом;

5.2.5. Діагностику та лікування захворювань пов'язаних з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності та випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;

5.2.6. Діагностику та лікування безпліддя (порушення менструального циклу – гіперандрогенія, гіпоменорея, гіперменорея, полікістоз яєчників, гіперпролактинемія тощо), визначення гормонального стану, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, лікування, процедури, препарати та засоби для запобігання вагітності, стерилізація (застосування як хірургічних, так і фармацевтичних засобів), діагностика та лікування порушень статевої функції.

5.3. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню виплати на будь-яку діагностику та будь-яке лікування наступних захворювань та станів, а також станів, які етіологічно з ними пов'язані:

5.3.1. Спроба самогубства та стани (захворювання та травми), які стали наслідком вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, прийнятих Застрахованою особою самостійно, тобто без примусу третьої сторони, спроби самогубства та навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень;

5.3.2. Променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дії радіації або радіоактивного забруднення. При цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтверджені;

5.3.3. Психічні, психоневрологічні та психосоматичні хвороби та розлади, порушення мови та сну;

5.3.4. Вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання (атеросклероз, пневмосклероз, остеопороз та ін.);

5.3.5. Особливо небезпечні інфекції згідно переліку, наведеному в Наказі МОЗ України № 133 від 19.07.95 та Лепра;

5.3.6. Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення віднесені до XVII класу Міжнародної класифікації хвороб X перегляду;

5.3.7. Ожиріння;

5.3.8. Захворювання і травми, отримані внаслідок дій Застрахованої особи, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керування транспортним засобом на керування яким Застрахована особа не мала права, передаванням Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка знаходилася в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або не мала права керувати транспортним засобом); внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якій операції/військових операціях;

5.3.9. Захворювання і травми отримані внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних заходах або підготовці до них, тренуваннях, заняттях екстремальними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо), окрім послуг станції швидкої та невідкладної допомоги; Спортивними заходами, в контексті цих Правил, визнаються такі заходи, що офіційно проводяться у встановленому порядку та

контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі тощо) та інші спортивні події за участю спортсменів.

5.3.10. Захворювання, на які Застрахована особа хворіла до набуття чинності Договором страхування (крім випадків лікування їх загострення в період дії Договору страхування);

5.3.11. Загострення хронічної хвороби Застрахованої особи, якщо загострення почалося до набуття чинності Договором страхування (крім випадків лікування невідкладних станів).

5.4. Не можуть бути застраховані:

5.4.1. Особи віком до 1 (Одного) року та понад 70 (сімдесяти) років;

5.4.2. Особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;

5.4.3. Особи, яким встановлено 1 (першу) групу інвалідності;

5.4.4. Особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані.

5.5. За згодою сторін при укладенні Договору страхування деякі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, зазначені у цьому розділі Правил, можуть не застосовуватися в умовах Договору страхування.

5.6. Договір страхування може передбачати інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та цим Правилам.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається в Договорі.

6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу в розмірі та в строк, передбачений договором страхування, якщо інший порядок вступу Договору в силу не передбачений Договором страхування.

6.3. Дія Договору страхування припиняється о 24 годині 00 хвилин дня, що зазначений в Договорі страхування як дата закінчення його дії, а також у інших випадках, передбачених розділом 15 цих Правил.

6.4. Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, діє на території України, якщо інше не передбачено умовами Договору 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.

7.2. Страхувальник несе відповідальність за достовірність та повноту відомостей, наданих у заяві на страхування та зазначених в Договорі страхування.

7.3. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою (або вимагати її попереднього медичного огляду) та іншу інформацію, необхідну для оцінки страхового ризику.

7.4. Страхувальник має право укладати Договір про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України.

7.5. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

7.6. При страхуванні групи осіб, Договір страхування (страхове свідоцтво, поліс, сертифікат) може бути оформлено як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до Договору страхування додається перелік Застрахованих осіб із зазначенням ставки страхового тарифу та розміру страхової суми для кожної Застрахованої

особи. Перелік Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ФРАНШИЗА

8.1. Розмір страхового платежу визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у Договорі страхування залежно від обраних програм страхування, переліку послуг за програмами, рівня лікувальних закладів, в яких буде надаватися медична допомога, строку, місця дії Договору страхування, відомостей про стан здоров'я Застрахованої особи та інших чинників залежно від конкретних умов страхування.

8.2. Ставка страхового тарифу встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладенні Договорів страхування зазначені в додатку №1 до цих Правил.

8.3. Конкретний порядок і строки сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії Договору.

8.4. Страхувальник – фізична особа може сплатити страховий платіж готівковими грошовими коштами в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика.

8.5. Страхувальник – юридична особа сплачує страховий платіж шляхом безготівкового перерахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

8.6. Страхувальники-резиденти згідно з укладеним Договором страхування мають право вносити страхові 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.

8.7. Договором страхування може бути передбачена франшиза – частина збитку, що не відшкодовується Страховиком. Розмір франшизи визначається в Договорі страхування.

9. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за взаємною згодою сторін, на підставі письмової заяви однієї зі сторін шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою стороною, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2. Якщо будь-яка зі сторін Договору не згодна з внесенням змін в Договір страхування, в п'ятиденний строк вирішується питання про продовження строку дії Договору на попередніх умовах або про дострокове припинення його дії.

9.3. З моменту отримання заяви однією зі сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін до Договору страхування або про дострокове припинення його дії, Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах, якщо інше не передбачене Договором.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування;

10.1.2. Вимагати від Страховика отримання послуг в обсязі, що передбачений Договором страхування;

10.1.3. Укласти із Страховиком договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою;

10.1.4. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування;

10.1.5. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами, Договором страхування або чинним законодавством України;

10.1.6. Отримати дублікат Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва) у разі втрати його оригіналу, шляхом звернення до Страховика з письмовою заявою про надання дубліката;

10.1.7. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату та (або) її розмір;

10.1.8. Отримати страхове відшкодування;

10.1.9. Призначати (Вигодонабувача) при укладанні Договору страхування, або він може бути визначений відповідно до законодавства.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в розмірі та строки, передбачені Договором страхування;

10.2.2. При укладенні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику, в порядку та строки, зазначені в Договорі страхування;

10.2.3. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору;

10.2.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування;

10.2.5. При настанні страхового випадку виконувати дії, передбачені умовами Договору страхування;

10.2.6. У межах своєї компетенції докласти всіх зусиль та вживати заходів спрямованих на запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

10.2.7. Повернути Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо протягом передбачених чинним законодавством України строків позовної давності виявиться така обставина, що за законодавством України або відповідно до умов укладеного Договору страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) права на отримання страхової виплати.

10.3. Страховик має право:

10.3.1. Перевіряти достовірність документів та інформації, наданих йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;

10.3.2. У разі підвищення ступеня страхового ризику ініціювати внесення змін у Договір страхування та запропонувати Страхувальнику сплатити додатковий страховий платіж.

Якщо Страхувальник відмовився внести зміни в Договір страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право:

- достроково припинити дію Договору страхування стосовно конкретної Застрахованої особи на умовах визначених в Договорі страхування;

- відмовити у здійсненні страхової виплати або зменшити її розмір, якщо настання страхового випадку було прямо пов'язано зі зміною ступеня страхового ризику, у зв'язку з яким Страхувальник відмовився внести зміни у Договір страхування;

10.3.3. При необхідності направляти запити до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ та організацій, про надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою.

10.3.4. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

10.3.5. За необхідності, організувати за свої кошти проведення медичного обстеження Застрахованої особи протягом та після процесу врегулювання будь-якої заяви про страхову виплату;

10.3.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених розділом 14 цих Правил та Договором страхування;

10.3.7. Відстрочити прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до з'ясування обставин настання страхового випадку на строк до 30 (тридцяти) календарних днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, наданої Страхувальником або Застрахованою особою.

10.3.8. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування відповідно до умов, передбачених розділом 9 цих Правил та Договором страхування;

10.3.9. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування в порядку та на умовах, передбачених розділом 15 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором.

10.3.10. Вимагати повернення страхових виплат, якщо після здійснення страхової виплати з'ясується, що Страхувальник (Застрахована особа або особа яка представляє її інтереси) надав неправдиві відомості, які призвели до підвищення суми страхової виплати або безпідставної виплати;

10.3.11. При виплаті страхового відшкодування утримати із Страхувальника неоплачену частину страхового платежу, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.4. Страховик зобов'язаний:

10.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

10.4.2. 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;

10.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

10.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

10.4.5. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування та відповідною програмою страхування;

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

10.4.9. Не розголошувати відомостей про Страхувальника, Застраховану особу та їх майнове становище, крім випадків, встановлених чинним законодавством України.

10.5. Договором страхування можуть бути встановлені інші права та обов'язки сторін, які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

11. ДІЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. В разі виникнення у Застрахованої особи необхідності одержання медичної допомоги (медичних послуг), перш ніж вжити будь-яких заходів, що пов'язані з організацією та оплатою медичних послуг, Застрахована або інша особа, яка представляє її інтереси, повинна звернутися до Асистуючої компанії або до Страховика, детально описати обставини страхового випадку та характер необхідної допомоги, вказавши:

- прізвище та ім'я Застрахованої особи, номер і строк дії Договору страхування (страхового полісу, свідоцтва, сертифіката);

- місце перебування Застрахованої особи, та номер контактного телефону.

11.2. Виконувати рекомендації та приписи Асистуючої компанії та/або Страховика щодо своїх подальших дій.

11.3. Надати Страховику повноваження за його першою вимогою одержувати будь-яку необхідну інформацію стосовно Застрахованої особи від третіх осіб (лікарів, із лікувальних установ всіх видів, інших страхових організацій, органів охорони здоров'я тощо), якщо така інформація необхідна для виконання Страховиком зобов'язань за Договором страхування.

11.4. Надати Страховику документи, що підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, а також наслідки цього страхового випадку. Перелік документів та порядок їх надання зазначається в Договорі страхування.

11.5. При необхідності отримати медичну допомогу в медичному закладі, не передбаченому Договором або програмою страхування, Застрахована особа обґрунтовує причину звернення до такого медичного закладу, та погоджує (крім випадків отримання невідкладної медичної допомоги) зі Страховиком медичний заклад, перелік медичних послуг та їх вартість, що гарантовано відшкодовується Страховиком.

При цьому Застрахована особа сплачує медичні послуги за власний рахунок, після чого надає Страховику заяву про страхову виплату. У такому випадку Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо Застрахованій особі в безготівковій формі на її особистий рахунок або готівковими коштами через касу Страховика.

11.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші дії Страхувальника або Застрахованої особи (або особи, яка представляє її інтереси) при настанні страхового випадку.

12. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Сума страхових виплат за надання медичної допомоги та/або медичних послуг, що передбачені Договором страхування, визначається у розмірі витрат, підтверджених документами Асистуючої компанії та лікувальних закладів, зменшених на розмір франшизи, в межах передбачених Договором страхової суми та/або лімітів на відповідну допомогу або послугу.

12.2. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати страхову суму та/або відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика за окремими програмами, окремими видами медичних послуг тощо, встановлені в Договорі страхування.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг у межах страхової суми або лімітів відповідальності передбачених Договором страхування.

13.2. Страхова виплата, здійснюється:

13.2.1. Медичному закладу або лікарю, що лікує або лікував Застраховану особу.

13.2.2. Застрахованій особі (особі, що представляє її інтереси), якщо оплата за надання медичних та/або інших послуг, погоджених з Асистуючою компанією або Страховиком, була здійснена самостійно Застрахованою особою (особою, що представляє її інтереси) медичному закладу або лікарю, що лікував Застраховану особу;

13.2.3. Застрахованій особі (особі, що представляє її інтереси), якщо оплата за надання медичних та/або інших послуг була здійснена без узгодження із Асистуючою компанією або Страховиком, але в межах сум, визначених в Договорі страхування як ліміт витрат на такі послуги (в т.ч. на придбання медикаментів), що можуть бути сплачені без узгодження із Асистуючою компанією або Страховиком, якщо такий ліміт передбачений Договором страхування.

13.3. Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі (особі, що представляє її інтереси) згідно з умовами Договору страхування у разі самостійної оплати останньою отриманих медичних та інших послуг та придбаних медикаментів на підставі

заяви на страхову виплату та страхового акта, який складається Страховиком або Асистуючою компанією у формі, що визначена Страховиком.

13.4. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі (особі, що представляє її інтереси), на підставі:

13.4.1. Письмової заяви про здійснення страхової виплати;

13.4.2. Оригіналу або копії Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, сертифікату);

13.4.3. Документу, що посвідчує особу одержувача страхової виплати;

13.4.4. Документів, що підтверджують повноваження одержувача страхової виплати (якщо він не є Застрахованою особою) на одержання страхового відшкодування;

13.4.5. Документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та вартість лікування, а саме:

- документ медичного закладу (виписки з історії хвороби або медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого) із зазначенням діагнозу та переліком медичних послуг та медикаментів, що призначались лікарями;

- оригінали рахунків за одержані послуги, виданих організаціями, що надавали такі послуги у зв'язку з настанням страхового випадку;

- рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (за відсутності у фіскальному чеку назви придбаних медикаментів надається додатково товарний чек);

- документів, що підтверджують факт самостійної оплати Застрахованою особою (її представником) наданих їй послуг;

- інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості отриманих медичних та інших послуг, придбаних медикаментів на письмовий запит Страховика.

13.5. Документи, зазначені в п.13.4. цих Правил, повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

13.6. Страховик приймає рішення про здійснення або про відмову у здійсненні страхової виплати протягом двох робочих днів після отримання всіх необхідних документів, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.7. При позитивному рішенні про здійснення страхової виплати в той же строк складається страховий акт.

13.8. Страхова виплата здійснюється протягом 15 днів з дня складання Страховиком страхового акта, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.9. Якщо у Договорі страхування передбачені страхові суми або ліміти відповідальності (зобов'язань) Страховика за окремою програмою страхування, за окремими видами медичних послуг, за конкретним страховим випадком тощо, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих встановлених лімітів відповідальності (зобов'язань) Страховика.

13.10. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати страхову суму та відповідний ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика за окремими програмами, окремими видами медичних послуг тощо, встановлені в Договорі страхування для Застрахованої особи.

13.11. Після здійснення Страховиком страхової виплати ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.1.1. 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;

14.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладений договір страхування, умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

14.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру страхової виплати. Це виключення не застосовується, якщо Договором страхування передбачена компенсація витрат, які Застрахована особа має право здійснювати у зв'язку з настанням страхового випадку без звернення до Асистуючої компанії або до Страховика, у межах, визначених в Договорі страхування.

14.1.5. Інші випадки, передбачені законом.

14.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо вони не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

14.3. У випадку, якщо про обставини, зазначені в п. 14.1 цих Правил, Страховику стало відомо після здійснення страхової виплати, він має право вимагати від особи, що одержала страхову виплату, повернення отриманої нею страхової виплати (або її відповідної частини). При цьому Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту отримання відповідного повідомлення від Страховика (якщо інший строк не передбачений Договором страхування) повернути Страховикові отриману страхову виплату (або її відповідну частину).

14.4. Відмова Страховика у виплаті страхових відшкодувань може бути оскаржена Страхувальником (застрахованою особою) у судовому порядку.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

15.1.1. Закінчення строку дії Договору;

15.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

15.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

15.1.4. 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»;

15.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено 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 передбачене умовами Договору страхування та чинним законодавством України.

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

15.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.4. У разі дострокового припинення Договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

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

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

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори за Договором страхування між Страховиком і Страхувальником вирішуються шляхом переговорів, а при недосягненні згоди - в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Цими Правилами встановлено основні умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), однак, за домовленістю сторін у Договір страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, виходячи з конкретних умов страхування, що не погіршують становище Страхувальника порівняно з основними положеннями цих Правил та відповідають Закону України "Про страхування", «Цивільному кодексу України» та іншим законодавчим та підзаконним актам України.

17.2. За наявності розбіжностей між текстом цих Правил та умовами Договору страхування, пріоритет має текст Договору страхування.

18. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

18.1. Все, що не врегульовано Правилами та Договором страхування, укладеним відповідно до цих Правил, регулюється чинним законодавством України.

18.2. Нова редакція цих Правил набуває чинності з дня їх реєстрації у Національній комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

18.3. З моменту набуття чинності новою редакцією Правил, попередня редакція втрачає чинність.

Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)
ТДВ СК «СХІД-ЗАХІД»

153

ДОДАТОК №1
до Правил добровільного медичного
страхування (безперервного страхування здоров'я)
№ 01 в редакції від „27” квітня 2018 р.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Базові страхові тарифи за добровільним медичним страхуванням, розраховані для періоду страхування один рік, наведено у таблиці 1 цього додатку.

Таблиця 1

Кількість застрахованих	Стаціонар	Поліклініка	Стоматологія	Швидка	Комплексна
До 10	2,4	6,5	13,1	4,2	3,2
10-30	1,9	5,1	10,4	3,4	2,5
30-100	1,5	3,9	8,0	2,6	2,0
Більше 100	1,2	3,1	6,3	2,0	1,5

При страхуванні на термін менш одного року страховий тариф в відсотках від тарифу, розрахованого на рік складає (неповний місяць рахується як повний):

Таблиця 2

Строк страхування, місяців	15 днів	1 міс.	2 міс.	3 міс.	4 міс.	5 міс.	6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10 міс.	11 міс.
% від річного тарифу	10	13	23	35	46	55	65	74	82	89	93	97

Норматив витрат, врахований при розрахунку вищевказаних тарифів складає 45%.

Страховик має право в залежності від ступіню ризику (розміру страхової суми, кількості застрахованих, умов та особливостей праці Застрахованої особи, статеві-вікових факторів, стану здоров'я, переліку медичної допомоги (послуги), що включена до програми страхування, рівня медичних закладів, в яких буде надаватись медична допомога, місця (території) дії Договору страхування, тощо) розробляти окремі програми страхування та застосовувати корегувальні коефіцієнти: *підвищувальні* (від **1,01 до 10,0**); *понижуючі* (від **0,99 до 0,1**).

Кінцевий розмір страхового тарифу розраховується шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

Актуарій  **Клименко Юлія Володимирівна**
(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)

Усього в цьому документі пронумеровано, 18
прошито, скріплено печаткою та підписом 18
аркушів Україна

Директор ТДВ СК «СХІД_ЗАХІД»
О.О. Бондаренко

