

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ТДВ СК «СХІД -ЗАХІД»

_____ **Борисов О.О.**

„___” квітня 2018 р.

**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я
НА ВИПАДОК ХВОРОБИ**

№ 02

м. Київ - 2018

ЗМІСТ

стор.

Терміни і визначення	3
1. Загальні положення.....	4
2. Предмет договору страхування	4
3. Страхові ризики. Страхові випадки.....	4
4. Виключення зі страхових випадків і обмеження страхування.....	5
5. Порядок укладення договору страхування	7
6. Страхова сума. Страховий платіж. Франшиза.....	7
7. Строк і місце дії договору страхування	9
8. Права і обов'язки сторін.....	9
9. Дії страхувальника (застрахованої особи) у разі настання страхового випадку	10
10. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір виплат....	11
11. Порядок і умови здійснення страхової виплати	11
12. Причини відмови у страховій виплат.....	12
13. Умови зміни і припинення дії договору страхування	13
14. Особливі умови	14
15. Порядок вирішення спорів.....	14
Додаток 1	15
Додаток 2.....	17

ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

В цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

Страховик – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «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.

Страхувальники - дієздатні фізичні особи або юридичні особи, які уклали із Страховиком договір страхування.

Вигодонабувач - юридична або дієздатна фізична особа, яка призначається Страхувальником за згодою Застрахованої особи для отримання страхової виплати відповідно до умов Договору страхування та чинного законодавства України.

Застрахована особа – дієздатна фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він є Застрахованою особою.

Договір страхування - письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Страхова виплата - грошова сума, в межах страхової суми, яку Страховик відповідно до умов Договору страхування повинен виплатити Застрахованій особі або Вигодонабувачу у разі настання 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 або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування може здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

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

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

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Величина франшизи визначається у відсотках, в абсолютній грошовій величині або в днях. Франшиза може бути умовною або безумовною.

Захворювання - погіршення у Застрахованої особи фізичного та/або психічного стану з наявністю ознак патологічного характеру з фізіологічними та/або структурними змінами на органному чи тканинному рівні, викликане внутрішніми чи зовнішніми причинами, яке призводить до порушення функцій організму з вірогідністю виникнення тимчасової втрати працездатності, інвалідності або настання смерті та потребує надання медичної допомоги та пов'язаних послуг. Захворювання є одним із можливих різновидів медичного стану.

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 загрожувати її життю.

Інвалідність - міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Первинне захворювання - захворювання, що виникло у Застрахованої особи протягом життя вперше.

Хронічна хвороба - хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

Загострення хронічної хвороби (рецидив) - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем).

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі - Правила) розроблені відповідно до вимог Закону України "Про страхування" № 85/96-ВР від 07.03.1996 р. із змінами та доповненнями (надалі - Закон) та інших нормативно-правових актів України.

1.2. Страховик відповідно до чинного законодавства і на підставі цих Правил укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі - Договір страхування).

1.3. Страховик у разі настання страхового випадку виплачує Застрахованій особі або Вигодонабувачу страхову виплату або її частину згідно з умовами Договору страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать Закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. Страховими ризиками за цими Правилами є:

3.1.1. будь-яке первинне гостре захворювання Застрахованої особи, що вперше виникло та було діагностовано протягом строку дії Договору страхування;

3.1.2. визначена Договором як хронічна хвороба, яка протікає без періодів загострень, яка вперше виникла та яку було діагностовано протягом строку дії Договору страхування;

3.1.3. загострення хронічної хвороби Застрахованої особи, яка вперше виникла та яку було діагностовано протягом строку дії Договору страхування.

3.2. Конкретний перелік страхових ризиків, на випадок настання яких укладається Договір страхування, визначається за згодою сторін та зазначається у Договорі страхування.

3.3. Страховими випадками є події, що сталися внаслідок настання, передбачених пунктом п.3.1 цих Правил страхових ризиків, які сталися в період дії Договору страхування та не підпадають під виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, внаслідок чого виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату:

3.3.1. смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення в період дії Договору страхування первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що настала під час дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня виникнення захворювання, незалежно від дати закінчення строку дії Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування;

3.3.2. встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок виникнення в період дії Договору страхування первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що встановлено під час дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня виникнення захворювання, якщо інше не передбачене Договором страхування;

3.3.3. виникнення у Застрахованої особи первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, яке вперше виникло та було діагностовано протягом строку дії Договору страхування, що призвело до необхідності її безперервного стаціонарного лікування протягом не менше 3-х діб або безперервного амбулаторного лікування протягом не менше 7-ми діб, якщо інші строки не передбачені Договором страхування;

3.3.4. виникнення у Застрахованої особи первинного захворювання (загострення хронічної хвороби), передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що призвело до необхідності хірургічного

втручання та подальшого стаціонарного лікування строком не менше 3-х діб, якщо інші строки не передбачені Договором страхування;

3.3.5. смерть Застрахованої особи внаслідок загострення хронічної хвороби, передбаченої Додатком 2 до цих Правил, що настала в період дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня загострення хронічної хвороби, якщо інше не передбачене Договором страхування;

3.3.6. встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок загострення хронічної хвороби, передбаченої Додатком 2 до цих Правил, що настала в період дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня загострення хронічної хвороби, якщо інше не передбачене Договором страхування.

3.4. При страхуванні ризиків, передбачених у пункті 3.1. цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату також у разі настання будь-яких невідкладних та (або) термінальних станів Застрахованої особи, які виникли протягом строку дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору.

3.5. Події, зазначені у пункті 3.3. цих Правил, визнаються страховими випадками за умови, якщо вони підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичним закладом, медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) тощо, відповідно до розділу 10 цих Правил).

3.6. За Договором страхування, укладеним на умовах цих Правил, відшкодовується шкода, заподіяна внаслідок настання однієї або кількох, окремо обраних Страхувальником із перелічених у пункті 3.3. цих Правил подій, які належним чином зазначені в Договорі страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Не можуть бути застрахованими особи:

4.1.1. визнані у встановленому законодавством порядку недієздатними;

4.1.2. які є інвалідами I групи або непрацюючими інвалідами II групи;

4.1.3. хворі на злоякісні новоутворення (онкологічні захворювання), в тому числі й онкогематологічні захворювання;

4.1.4. які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, онкологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;

4.1.5. які є ВІЛ-інфіковані або хворі на СНІД;

4.1.6. які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний).

4.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не є страховими випадками, події які пов'язані з:

4.2.1. гострим або хронічним променевим ураженням;

4.2.2. вродженими та спадковими захворюваннями;

4.2.3. цукровим діабетом;

4.2.4. психічними хворобами;

4.2.5. хронічними хворобами;

4.2.6. туберкульозом;

4.2.7. професійними хворобами;

4.2.8. повторним зверненням Застрахованої особи до Страховика за страховою виплатою з приводу одного і того ж захворювання, що виникло в період дії Договору страхування, крім випадків, коли після втрати працездатності (розладу здоров'я) внаслідок захворювання Застрахованій особі була встановлена інвалідність або настала смерть Застрахованої особи;

4.2.9. з хірургічними операціями з використанням апарату штучного кровообігу, проведення операцій аортокоронарного шунтування, стентування, будь-якими плановими або позаплановими операціями на серці, головному та спинному мозку та (або) судинах;

4.2.10. вродженими вадами та аномаліями розвитку, спадковими хворобами;

4.2.11. лікуванням Застрахованої особи незареєстрованими в Україні медикаментами.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, страховими випадками не визнаються:

- 4.3.1. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набрання чинності Договором страхування;
- 4.3.2. новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування;
- 4.3.3. хвороби, які пов'язані з абортами, вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяці з дня набуття чинності Договором страхування;
- 4.3.4. смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання на СНІД, венеричного захворювання;
- 4.3.5. смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання, протягом першого місяця дії Договору страхування;
- 4.3.6. нормальна або патологічна вагітність, пологи, аборти, контрацепція, лікування безпліддя, імпотенції;
- 4.3.7. косметичні і пластичні коригування, використання та підгонка відповідних пристроїв і пристосувань, а також проведення відповідної терапії, обстежень;
- 4.3.8. облісіння; сколіози хребта; захворювання шкіри обличчя та волосистої частини голови; хвороби зубів та ясен; плоскостопість;
- 4.3.9. події пов'язані з хірургічним лікуванням ожиріння та корекції ваги;
- 4.3.10. події, що мали місце до початку дії Договору страхування або після його закінчення.

4.4. Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо страховий випадок:

- 4.4.1. стався при спробі вчинення або вчиненні Застрахованою особою протиправних дій;
- 4.4.2. стався за межами місця дії Договору страхування;
- 4.4.3. безпосередньо або опосередковано пов'язаний з військовими діями будь-якого роду;
- 4.4.4. пов'язаний з впливом радіоактивного випромінювання, матеріалів ядерної зброї, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива чи будь-яких ядерних відходів;
- 4.4.5. стався внаслідок участі Застрахованої особи у страйках, заколотах, внутрішніх заворушеннях, диверсіях, актах тероризму, за виключенням випадків примусової участі, що має бути підтверджено відповідними компетентними органами;
- 4.4.6. пов'язаний з вживанням Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних препаратів, а також медикаментів, що приймаються не за призначенням лікаря;
- 4.4.7. стався внаслідок самолікування Застрахованої особи або при лікуванні її особою, яка не має відповідної медичної освіти або права на здійснення лікувальної діяльності, лікування методами нетрадиційної медицини, невиконання призначень і рекомендацій лікаря;
- 4.4.8. стався при вчиненні Застрахованою особою самогубства або спроби самогубства за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому зазначені дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене (на підставі вироку суду тощо);
- 4.4.9. є наслідком будь-яких травматичних ушкоджень під час занять ризиковими видами спорту (дайвінг, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, авто - та мотогонки, гірськолижний спорт, скелелазіння, альпінізм тощо), якщо Договором страхування не обумовлено інше;
- 4.4.10. є наслідком свідомого перебування Застрахованої особи в місцях, заздалегідь відомих як такі, що небезпечні для життя (місця проведення вибухових робіт, будівельно-монтажних робіт, військові полігони, стрільбища тощо), а також внаслідок участі у будь-якій іншій діяльності, що несе підвищену небезпеку для життя або здоров'я, в тому числі занять полюванням, якщо це не пов'язане з виробничою необхідністю або спробою врятування людського життя.

4.5. Не є страховим випадком:

4.5.1. захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями на особливо небезпечні інфекції та потребують введення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;

4.5.2. експериментальне або профілактичне лікування, діагностичне дослідження, планове стаціонарне лікування, планова госпіталізація з метою проведення дослідження та (або) планового оперативного хірургічного лікування, санаторно-курортне, реабілітаційне лікування;

4.5.3. ускладнення основного захворювання, супутні хвороби.

4.6. При укладенні Договору страхування можуть передбачатися додатково інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та Правилам.

4.7. Конкретний перелік виключень зі страхових випадків та обмежень страхування визначається в Договорі страхування.

5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову Заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. При цьому Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику усі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

5.2. Обставинами, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику є:

5.2.1. будь-яка зміна даних та/або обставин, що надані Страхувальником в Заяві на страхування;

5.2.2. стан здоров'я Застрахованих осіб та будь-яке його погіршення;

5.2.3. умови роботи в шкідливих та особливо шкідливих умовах праці;

5.2.4. інші обставини, що передбачені Договором страхування.

5.3. Страхувальники можуть укладати Договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб). Страхувальник зобов'язаний перед укладанням Договору страхування отримати згоду від цих третіх осіб на укладання такого Договору страхування (крім випадків, передбачених чинним законодавством України).

5.4. Вік Застрахованої особи на день початку дії Договору страхування не повинен бути меншим 1 року або перевищувати 75 років, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.5. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним у Заяві відомостей.

5.6. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити результати медичного огляду Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки ступеня страхового ризику.

5.7. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладання Договору страхування.

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

5.9. У випадку втрати Страхувальником примірника Договору страхування Страховик на підставі заяви Страхувальника видає дублікат Договору страхування. З моменту видачі дублікату втрачений Договір страхування втрачає чинність і ніякі виплати по ньому не здійснюються.

6. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ. ФРАНШИЗА

6.1. Розмір страхової суми на кожну Застраховану особу встановлюється окремо за домовленістю сторін Договору страхування.

6.2. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування декількох осіб, страхова сума встановлюється для кожної Застрахованої особи, а в Договорі страхування зазначається як загальна страхова сума за Договором страхування, так і страхова сума на кожну Застраховану особу.

6.3. Протягом строку дії Договору страхування за заявою Страхувальника може бути збільшений розмір страхової суми. При цьому Страхувальник зобов'язаний сплатити додатковий

страховий платіж, величина якого для окремої Застрахованої особи, якщо інше не передбачене Договором страхування, визначається за формулою:

$$\text{ДСП} = (\text{СС2} - \text{СС1}) \times \text{СТ} / t \times n, \text{ де:}$$

ДСП – додатковий страховий платіж;

СС1 – страхова сума, встановлена за Договором страхування для окремої Застрахованої особи;

СС2 – страхова сума, що буде встановлена за Договором страхування для окремої Застрахованої особи;

СТ – страховий тариф, встановлений за Договором страхування;

n – кількість місяців, що залишаються до закінчення строку дії Договору страхування (при цьому неповний місяць приймається за повний);

t – строк дії Договору страхування в повних місяцях.

6.4. Страхова сума може бути зазначена відносно окремого страхового випадку, групи страхових випадків тощо.

6.5. Страхові тарифи обчислюються актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

6.6. Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладенні Договору страхування залежно від прийнятих на страхування ризиків, розміру страхової суми, лімітів відповідальності, строку дії Договору страхування, розміру франшизи, місця дії Договору страхування та інших чинників залежно від конкретних умов страхування, а також з урахуванням професії, віку Застрахованої особи, умов праці (навчання) та інших суттєвих в кожному конкретному випадку чинників, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

6.7. Страхові тарифи встановлюються у відсотках від страхової суми. Базові річні страхові тарифи наведені у додатку 1 до цих Правил.

6.8. Розмір страхового платежу щодо кожної Застрахованої особи розраховується шляхом множення страхової суми, встановленої для цієї Застрахованої особи, на страховий тариф з урахуванням підвищувальних і понижувальних коефіцієнтів.

6.9. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика (його представника) або безготівково шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика (його представника).

6.10. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами в передбачених Договором страхування розмірах та строки.

6.11. Страхувальник - резидент має 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.

6.12. Страховий платіж вважається сплаченим з моменту його надходження в касу або зарахування на рахунок Страховика.

6.13. Договором страхування може бути встановлена умовна або безумовна франшиза у відсотках, в абсолютній грошовій величині або в днях:

6.13.1. безумовна франшиза вираховується при визначенні суми страхової виплати при настанні кожного та будь-якого страхового випадку;

6.13.2. умовна франшиза не вираховується при визначенні суми страхової виплати, якщо розмір заподіяної шкоди перевищує величину умовної франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо розмір шкоди дорівнює або менший за величину умовної франшизи, встановленої у Договорі страхування, страхова виплата не здійснюється.

6.14. За згодою Сторін може встановлюватися загальна франшиза за Договором страхування, окрема франшиза за кожним страховим випадком (групою страхових випадків), страховим ризиком та (або) Застрахованою особою тощо.

7. СТРОК І МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення Страхувальником страхового платежу (першої його частини), якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.2. При сплаті страхового платежу частинами Страховик несе зобов'язання за укладеним Договором страхування протягом періоду, за який сплачена чергова частина страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.3. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність у разі несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо 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 страхування.
- 7.4. Договір страхування може бути укладений строком від одного місяця до одного року, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.5. Дія Договору страхування закінчується о 24-00 годині дати, визначеної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування.
- 7.6. Місце (територія) дії Договору страхування - територія України, якщо інше не передбачене Договором страхування.

8. ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

- 8.1.1. отримати від Страховика роз'яснення положень цих Правил і умов Договору страхування;
- 8.1.2. призначити за згодою Застрахованої особи Вигодонабувача, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;
- 8.1.3. при настанні страхового випадку - на страхову виплату в строк, передбачений Договором страхування;
- 8.1.4. на дострокове припинення дії Договору страхування у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування;
- 8.1.5. одержати від Страховика дублікат (копію, завірену печаткою та підписом Страховика) Договору страхування у разі втрати оригіналу;
- 8.1.6. у випадку зміни обставин, що впливають на ступінь страхового ризику пропонувати Страховику змінити умови Договору страхування, шляхом укладання додаткової угоди. Якщо Страховик відмовляється укласти додаткову угоду, тоді Страхувальник має право припинити дію Договору страхування, шляхом надання відповідної письмової заяви Страховику (повернення страхових платежів проводиться відповідно до п.13.7 цих Правил);
- 8.1.7. оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 8.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;
- 8.2.2. 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;
- 8.2.3. при укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору;
- 8.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 8.2.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування.
- 8.2.6. письмово повідомляти Страховика протягом строку дії Договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів відносно Страхувальника, Застрахованої особи чи Вигодонабувача;

8.2.7. довести до відома Застрахованої особи умови Договору страхування, зокрема про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку;

8.2.8. повідомити Застрахованій особі, що при настанні страхового випадку дотримання нею курсу лікування, призначеного лікарем, який має відповідну медичну освіту, посвідчену дипломом є обов'язковою умовою Договору страхування.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. при укладанні Договору страхування запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеня страхового ризику;

8.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником та Застрахованою особою, а також виконання ними умов Договору страхування;

8.3.3. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до компетентних органів (медичних закладів та інших установ), що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку;

8.3.4. у разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування та/або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику;

8.3.5. відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами та Договором страхування;

8.3.6. вимагати повернення страхової виплати, що вже виплачена при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України та/або умовами цих Правил;

8.3.7. на дострокове припинення дії Договору страхування у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та цими Правилами;

8.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі або Вигодонабувачу);

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Правилами строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику, Застрахованій особі або Вигодонабувачу неустойки, розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

8.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

8.4.5. у випадку відмови у страховій виплаті письмово повідомити про це Страхувальника з обґрунтуванням причин відмови;

8.4.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.4.7. виконувати інші обов'язки, передбачені цими Правилами та Договором страхування.

8.5. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика, якщо вони не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. При настанні випадку, який може бути визнано страховим, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

9.1.1. відразу, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів з моменту настання страхового випадку, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу (лікарні, травм пункту) та (або) за необхідності – до інших компетентних органів (відповідно до характеру події: служби швидкої медичної допомоги, МВС, органів пожежної охорони, аварійної служби газу тощо).

9.1.2. виконувати призначення лікаря, отримані в ході надання медичної допомоги;

9.1.3. попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації, необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку;

9.1.4. протягом 2 (двох) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, з моменту, коли Страхувальнику стало відомо про настання страхового випадку, повідомити Страховика про подію у спосіб, як це зазначено у Договорі страхування (телефоном, факсом, телеграмою, тощо) з коротким описом обставин та характеру події;

9.1.5. вжити заходів для збору і надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитку, відповідно до розділу 10 цих Правил.

9.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші дії Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) при настанні страхового випадку, якщо вони не суперечать цим Правилам та чинному законодавству України.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТ

10.1. З метою визнання події страховим випадком та визначення розміру виплат Страхувальник (Застрахована особа/Вигодонабувач) зобов'язаний надати Страховику наступні документи:

10.1.1. письмову заяву Страхувальника (Вигодонабувача) про настання і обставини події, що має ознаки страхового випадку та виплату страхового відшкодування за формою Страховика;

10.1.2. оригінал Договору страхування (полісу, свідоцтва, сертифіката), що належить Страхувальнику (або його дублікат);

10.1.3. довідку про присвоєння ідентифікаційного номеру, паспорт або інший документ, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою;

10.1.4. документи, що підтверджують настання страхового випадку, а саме:

10.1.4.1. у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.3.3.1 чи п.3.3.5 цих Правил:

- нотаріально посвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
- виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, який є Застрахованою особою, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувальної установи;
- для спадкоємців - оригінал свідоцтва про право на спадщину;

10.1.4.2. у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.3.3.2 чи п.3.3.6 цих Правил:

- довідку медико-соціальної експертної комісії про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності;
- довідку компетентних органів про причину встановлення Застрахованій особі інвалідності;
- виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, який є Застрахованою особою, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувальної установи;

10.1.4.3. у разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.3.3.3 чи п.3.3.4 цих Правил:

- листок непрацездатності Застрахованої особи або його копію, (у разі неможливості отримання листка непрацездатності подається довідка медичного закладу або виписка з карти стаціонарного/амбулаторного хворого, підписана уповноваженою особою медичного закладу та завірена печаткою цього закладу).

10.2. Факт настання страхового випадку може бути підтверджений також іншими документами на запит Страховика.

10.3. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та посвідчені належним чином.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, протягом 10-ти робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів (щодо страхової виплати та обставин настання страхового

випадку), Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або приймає рішення про відмову у страховій виплаті.

11.2. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

11.3. Умовами Договору страхування можуть передбачати причини та строки відстрочки прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

11.4. Страхова виплата здійснюється Застрахованій особі або Вигодонабувачу протягом 10 (десяти) робочих днів з дня складання страхового акту, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

11.5. У разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.3.3.1 чи п.3.3.5 цих Правил, Вигодонабувачу (спадкоємцям Застрахованої особи) виплачується 100% страхової суми.

11.6. У разі настання страхового випадку за ризиками, передбаченими п.3.3.2 чи п.3.3.6 цих Правил Застрахованій особі (Вигодонабувачу) сплачується:

- при встановленні I групи інвалідності - 100% страхової суми;
- при встановленні II групи інвалідності - 70% страхової суми;
- при встановленні III групи інвалідності - 50% страхової суми.

11.7. У разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим п.3.3.3 цих Правил, страхова виплата здійснюється залежно від умов Договору страхування у розмірі:

- певного відсотку страхової суми, встановленого Таблицею страхових виплат (Додаток 2 до цих Правил), за кожне захворювання. Якщо у Застрахованої особи встановлено декілька захворювань, розмір страхової виплати визначається шляхом підсумовування виплат за кожне захворювання, але не більше розміру страхової суми,

або

- 0,2% страхової суми за кожен день лікування (стаціонарного та/або амбулаторного), якщо інший розмір відсотку страхової суми не передбачено Договором страхування, але не більше 50% страхової суми.

11.8. У разі настання страхового випадку за ризиком, передбаченим, п.3.3.4 цих Правил, страхова виплата здійснюється у розмірі 0,25% страхової суми за кожен день стаціонарного лікування, але не більше 30% страхової суми, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

11.9. Якщо з приводу виникнення первинного захворювання чи загострення захворювання Застрахованій особі була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж захворювання Застрахованій особі встановлена інвалідність або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому за таким страховим випадком за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати.

11.10. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини платежу при настанні страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик утримує несплачену частину страхового платежу.

11.11. Загальна сума виплат за один або декілька страхових випадків, що настали в період дії Договору страхування, по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, визначеної Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

11.12. Страхова виплата здійснюється за заявою Застрахованої особи або Вигодонабувача в готівковій або безготівковій формі, якщо інше не передбачене Договором страхування.

11.13. Страхувальник (Застрахована особа або Вигодонабувач) зобов'язаний повернути Страховику отриману страхову виплату, якщо протягом передбаченого законодавством строку з'являться обставини, внаслідок яких Страхувальник (Застрахована особа або Вигодонабувач) повністю або частково втрачає права на її отримання.

12. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

12.1. Підставами для відмови у страховій виплаті є:

12.1.1. 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;

12.1.2. вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

12.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування (зокрема про стан здоров'я Застрахованої особи) або про факт настання страхового випадку;

12.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин. Під «поважними причинами» слід розуміти дію незалежних від волі Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, Спадкоємця) обставин, через які він фізично не мав можливості повідомити про настання страхового випадку в належний строк, або знаходився на території, де здійснити повідомлення було неможливо з технічних причин (відсутність зв'язку, та т.ін.). Наявність поважних причин має бути підтверджена Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, Спадкоємцем) документально.

12.1.5. створення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, Спадкоємцем) Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

12.2. Також Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема:

12.2.1. не повідомлення Страхувальником про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, а в разі якщо повідомлення було зроблено - якщо не було укладено додаткової угоди про включення до страхових випадків зазначених обставин або не було сплачено додаткового страхового платежу, якщо це передбачено такою додатковою угодою;

12.2.2. не повідомлення або навмисного спотворення Застрахованою особою інформації у декларації про стан здоров'я, а саме про захворювання або його наслідки, що було діагностовано у Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування;

12.2.3. невиконання Страхувальником чи Застрахованою особою своїх обов'язків, передбачених Договором страхування;

12.2.4. невиконання Застрахованою особою рекомендацій лікаря чи не дотримання курсу лікування, що призвело до погіршення стану її здоров'я.

12.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

13. УМОВИ ЗМІНИ І ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Зміна умов Договору страхування в період його дії (збільшення страхової суми, зміна кількості Застрахованих осіб, будь-яка зміна даних та/або обставин, які надані Страхувальником в заяві на страхування та інші зміни ступеня страхового ризику) здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі письмової заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.

13.2. Якщо будь-яка зі сторін не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

13.3. З моменту отримання заяви однією стороною до моменту прийняття рішення про зміну умов Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

13.4. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

13.4.1. закінчення строку його дії;

13.4.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

13.4.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо 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 страхування;

13.4.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом та цими Правилами;

13.4.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

13.4.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

13.4.7. в інших випадках, передбачених законодавством України та цими Правилами.

13.5. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

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

13.7. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та 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 в повному обсязі.

13.8. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються сплачені ним страхові платежі в повному обсязі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за строк, що залишився до закінчення терміну дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

13.9. Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник - юридична особа втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права й обов'язки, що передбачені Договором страхування, переходять до його правонаступника за згодою Страховика.

13.10. Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник – фізична особа (якщо вона не є Застрахованою особою) визнаний судом недієздатним, то права та обов'язки Страхувальника переходять до його опікуна.

13.11. Повернення частини страхового платежу у зв'язку з достроковим припиненням Договору страхування здійснюється протягом 7 (семи) робочих днів з дати припинення дії Договору страхування за умови подання таких документів: заяви на дострокове припинення дії Договору страхування, оригіналу Договору страхування, довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру, паспорта або документа, що посвідчує особу Страхувальника.

14. ОСОБЛИВІ УМОВИ

14.1. При укладанні Договору страхування Застрахована особа (Страхувальник) звільняє лікарів, медичних працівників Договором страхування можуть бути передбачені інші особливі умови страхування, пов'язані із страхуванням здоров'я на випадок хвороби, не передбачених цими Правилами, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

15.2. У випадку невиконання або неналежного виконання умов Договору страхування сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Додаток 1
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби № 02
від «___» квітня 2018 р.

СТРАХОВІ ТАРИФИ з добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. Базові річні страхові тарифи в залежності від ризиків, T_6 :

Пункт згідно Правил	Страхові ризики	Страхові тарифи, %
3.3.1	Смерть Застрахованої особи внаслідок виникнення в період дії Договору страхування первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що настала під час дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня виникнення захворювання.	0,80
3.3.2	Встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок виникнення в період дії Договору страхування первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що встановлено під час дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня виникнення захворювання.	2,00
3.3.3	Виникнення у Застрахованої особи первинного захворювання, передбаченого Додатком 2 до цих Правил, яке вперше виникло та було діагностовано протягом строку дії Договору страхування, що призвело до необхідності її безперервного стаціонарного лікування протягом не менше 3-х діб або безперервного амбулаторного лікування протягом не менше 7-ми діб.	3,5
3.3.4	Виникнення у Застрахованої особи первинного захворювання (загострення хронічної хвороби), передбаченого Додатком 2 до цих Правил, що призвело до необхідності хірургічного втручання та подальшого стаціонарного лікування строком не менше 3-х діб.	2,50
3.3.5	Смерть Застрахованої особи внаслідок загострення хронічної хвороби, передбаченої Додатком 2 до цих Правил, що настала в період дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня загострення хронічної хвороби.	1,00
3.3.6	Встановлення Застрахованій особі інвалідності внаслідок загострення хронічної хвороби, передбаченої Додатком 2 до цих Правил, що настала в період дії Договору страхування або протягом 6-ти місяців від дня загострення хронічної хвороби.	2,20

2. Кінцевий розмір страхового тарифу за Договором страхування визначається з урахуванням коригуючих коефіцієнтів, які застосовуються до базових річних страхових тарифів за формулою:

$$T = T_6 * K_1 * K_2 * \dots * K_n, \text{ де:}$$

T - кінцевий розмір страхового тарифу, у %;

T_6 - базовий річний страховий тариф чи їх сума, у %;

$K_1 - K_n$ - знижувальні та/або підвищувальні коефіцієнти.

2.1. Коригуючий коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб, K_1 :

Кількість застрахованих осіб	K ₁	Кількість застрахованих осіб	K ₁
1	1,20	101 - 200	0,70
2 - 9	1,00	201 - 500	0,60
10 - 50	0,90	501 - 1000	0,50
51 - 100	0,80	1001 та більше	0,40

2.2. Коригуючий коефіцієнт, що враховує строк страхування, K₂:

Кількість місяців	до 3	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
K ₂	0,3	0,40	0,50	0,6	0,7	0,75	0,8	0,85	0,9	0,95	1,0

2.3. Коригуючий коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи, K₃:

Вік, роки	1 - 16	16-29	30-39	40-49	50 - 59	60-65	66-75
K ₃	0,90	1,00	1,10	1,30	1,60	2,00	2,50

2.4. Коригуючий коефіцієнт, що враховує територію дії страхування, K₄:

Територія дії договору страхування	K ₄
Україна	
Країни СНД та Європа	
Весь світ	

2.5. Коригуючий коефіцієнт, що враховує безперервне поновлення договорів за умови відсутності страхових виплат за попередній строк дії Договору (застосовується тільки при укладанні договорів страхування строком на 1 рік), K₅:

Безперервне поновлення договорів страхування	K ₅
на 2-ий рік	
на 3-й рік	
на 4-ий рік	
на 5-ий рік і більше	

2.6. Страховий тариф для конкретного Договору страхування в кожному конкретному випадку розраховується шляхом множення базового тарифу на поправочний коефіцієнт.

2.6.1. Поправочні коефіцієнти застосовуються в залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, зокрема:

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 2,5
Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
Умови проживання Застрахованої особи	1 – 2
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
Розмір франшизи	0,5 – 1
Розмір страхової суми	1 – 3

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 30%.

3. Норматив витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу – 40 %.

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

1.Перелік захворювань, на випадок яких проводиться страхування:

- 1.1. інфекційні та паразитарні хвороби;
- 1.2. новоутворення;
- 1.3. хвороби ендокринної системи;
- 1.4. хвороби крові та кровотворних органів;
- 1.5. психічні розлади;
- 1.6. хвороби нервової системи;
- 1.7. хвороби системи кровообігу;
- 1.8. хвороби органів дихання;
- 1.9. хвороби органів травлення;
- 1.10. хвороби сечостатевої системи;
- 1.11. хвороби шкіри та підшкірної клітковини;
- 1.12. хвороби кістково-м'язової системи.

2. Таблиця розмірів страхових виплат у зв'язку зі страховими випадками:

№ ст.	Захворювання	Розмір виплати, (у % страхової суми)
1.	Інфекційні та паразитарні хвороби:	
1.1.	ГРВІ	2
1.2.	Ангіна, грип, дифтерія	3
1.3.	Кір, краснуха, вітряна віспа, епідемічний паротит	4
1.4.	Кишкові інфекційні хвороби	4
1.5.	Гельмінтози	5
1.6.	Бешиха	10
1.7.	Оперізуючий лишай (Herpes Zoster)	5
1.8.	Вірусні гепатити А, Е	10
1.9.	Вірусні гепатити В, С, D	25
1.10.	Лептоспіроз	30
1.11.	Менінгококова інфекція (генералізовані форми)	30
1.12.	Сепсис	40
2.	ВІЛ-інфекція:	
2.1.	Інфікування ВІЛ, вірусоносійство	20
2.2.	Захворювання на ВІЛ-інфекцію та СНІД	80
3.	Новоутворення:	
3.1.	Доброякісні новоутворення головного мозку	40
3.2.	Доброякісні новоутворення гортані	20
3.3.	Доброякісні новоутворення молочної залози	20
3.4.	Доброякісні новоутворення матки	30
3.5.	Доброякісні новоутворення придатків матки	25
3.6.	Злоякісні новоутворення тіла та придатків матки	40
3.7.	Злоякісні новоутворення молочної залози	40
3.8.	Злоякісні новоутворення бронхів та легень	70
3.9.	Злоякісні новоутворення яєчок та простати	40
3.10.	Злоякісні новоутворення головного мозку	70
3.11.	Злоякісні новоутворення щитовидної залози	25

3.12.	Злоякісні новоутворення органів черевної порожнини	50
3.13.	Злоякісні новоутворення органів зачеревного простору	40
3.14.	Злоякісні новоутворення середостіння	30
3.15.	Інші злоякісні новоутворення	30

4.	Хвороби ендокринної системи:	
4.1.	Цукровий діабет	20
4.2.	Захворювання щитовидної залози з гіпотиреозом	20
4.3.	Захворювання щитовидної залози з гіпертиреозом	25
4.4.	Порушення інших ендокринних залоз	10
5.	Хвороби крові, кровотворних органів:	
5.1.	Первинні анемії	10
5.2.	Інші захворювання крові	15
5.3.	Проліферативні захворювання крові, кровотворної та лімфатичної систем	30
6.	Хвороби нервової системи:	
6.1.	Бактеріальні інфекції ЦНС	25
6.2.	Вірусні інфекції ЦНС	30
6.3.	Хвороби вегетативної нервової системи	5
6.4.	Ураження трійчастого нерва	10
6.5.	Ураження лицевого нерва	10
6.6.	Ураження периферійної нервової системи (нервових стовбурів, корінців та сплетінь)	8
6.7.	Розсіяний склероз	20
6.8.	Епілепсія	10
6.9.	Міастенія гравіс	15
6.10.	Транзиторний церебральний ішемічний напад	20
6.11.	ГПМК за ішемічним типом (інфаркт мозку)	50
6.12.	ГПМК за геморагічним типом (крововилив у мозок)	60
7.	Хвороби нервової системи:	
7.1.	Бактеріальні інфекції ЦНС	10
7.2.	Вірусні інфекції ЦНС	15
7.3.	Хвороби вегетативної нервової системи	10
7.4.	Ураження трійчастого нерва	15
8.	Хвороби системи кровообігу:	
8.1.	Гостра ревматична гарячка	10
8.2.	Гіпертонічна хвороба	8
8.3.	Гострий інфаркт міокарду	50
8.4.	Стенокардія	10
8.5.	Тромбоемболія легеневої артерії	40
8.6.	Гострий перикардит	15
8.7.	Гострий міокардит	15
8.8.	Кардіоміопатія	10
8.9.	Пароксизм фібриляції передсердь, шлуночкової тахікардії	10
8.10.	Аневризма аорти	20
8.11.	Облітеруючий артеріосклероз кінцівок	12
8.12.	Облітеруючий ендартеріт	12
8.13.	Варикозна хвороба нижніх кінцівок	10
8.14.	Тромбофлебіт, флеботромбоз, елефантіаз	10
8.15.	Посттромбофлебітичний синдром	10
8.16.	Облітеруючий тромбангіт	12

8.17.	Геморой	10
9.	Хвороби органів дихання:	
9.1.	Гострий синусит	5
9.2.	Бронхопневмонія	7
9.3.	Дольова пневмонія	10
9.4.	Ексудативний плеврит	10
9.5.	Пневмоторакс	10
9.6.	Бронхіальна астма	20
9.7.	Бронхоектатична хвороба	15
9.8.	Абсцес легені	15
9.9.	Абсцес середостіння	20
9.10.	Туберкульоз органів дихання	30
10.	Хвороби органів травлення:	
10.1.	Харчові отруєння	3
10.2.	Виразкова хвороба шлунку	10
10.3.	Виразкова хвороба 12-палої кишки	10
10.4.	Гастрит, гастродуоденіт	5
10.5.	Апендицит	15
10.6.	Пахова, стегнова кила	15
10.7.	Діафрагмальна кила	20
10.8.	Інші кили черевної порожнини	10
10.9.	Хвороба Крона	15
10.10.	Неспецифічний виразковий коліт	15
10.11.	Жовчнокам'яна хвороба	20
10.12.	Постхолецистектомічний синдром	10
10.13.	Холангіт	10
10.14.	Гострий панкреатит	20
10.15.	Панкреонекроз	50
10.16.	Дивертикулярна хвороба кишечника	15
10.17.	Гостра кишкова непрохідність	30
10.18.	Перитоніт	40
10.19.	Первинний біліарний цироз	40
10.20.	Шлунково-кишкова кровотеча	20
11.	Хвороби сечостатевої системи:	
11.1.	Гострий гломерулонефрит	20
11.2.	Гострий пієлонефрит	15
11.3.	Гостра ниркова недостатність	50
11.4.	Сечокам'яна хвороба	15
11.5.	Цистит	2
11.6.	Простатит	5
11.7.	Гострий сальпінгіт	8
11.8.	Гострий периметрит/параметрит	10
11.9.	Ерозія шийки матки	5
11.10.	Випадіння статевих органів	10
11.11.	Спонтанний аборт	10
11.12.	Позаматкова вагітність	20
11.13.	Ендометріоз	15
12.	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини:	
12.1.	Карбункул, фурункул	2
12.2.	Контактний дерматит та інші форми екземи	6
12.3.	Псоріаз	10
12.4.	Кропивниця	5

12.5.	Набряк Квінке	8
12.6.	Інші флегмони та абсцеси	8
13.	Хвороби кістково - м'язової системи та сполучної тканини:	
13.1.	Системний червоний вовчак	50
13.2.	Хвороба Рейтера (реактивний поліартрит)	15
13.3.	Ревматоїдний артрит	40
13.4.	Артрозоартрит (синовіт) при остеоартрозі	15
13.5.	Хвороби міжхребцевих дисків (дискогенний радикуліт)	20
13.6.	Інші хвороби синовіальних сумок	15
13.7.	Хвороби м'язів, фасцій, сухожилків	10
13.8.	Остеохондропатії	10
13.9.	Подагра	20

Якщо у Застрахованої особи діагностовано декілька захворювань, перерахованих в одній статті, страхова виплата здійснюється згідно з підпунктом, що враховує найбільш важке захворювання. При хворобах, зазначених у різних статтях, страхова виплата здійснюється з урахуванням кожного з них шляхом підсумовування, але не більше розміру страхової суми.

Враховуючи особливості умов страхування, можуть застосовуватись інші розміри та умови страхових виплат, які передбачаються відповідними програмами страхування та/або Договорами страхування.

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