

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОБРОБУТ ТА ЗАХИСТ»

К.М. Ксеніч
2017 р.

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, що здійснює
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ СЛУЖБ

ЗАРЕЄСТРОВАНЕ

Шер Каміш
Найменування посади

Підпис: *Альф О. Максимчук*
Прізвище, ініціали

Дата: 23.02.17
Регістраційний номер: 0317067



ПРАВИЛА
Добровільного медичного страхування (безперервне страхування
здоров'я)

Страхування - це діяльність, спрямована на захист інтересів страхувальника у разі настання певних подій, пов'язаних з життям, здоров'ям, майном та іншими інтересами страхувальника.

Страхування - це діяльність, спрямована на захист інтересів страхувальника у разі настання певних подій, пов'язаних з життям, здоров'ям, майном та іншими інтересами страхувальника.

Страхування - це діяльність, спрямована на захист інтересів страхувальника у разі настання певних подій, пов'язаних з життям, здоров'ям, майном та іншими інтересами страхувальника.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до цих Правил ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОБРОБУТ ТА ЗАХИСТ» (надалі - Товариство) укладає договір добровільного медичного страхування (надалі - Договір страхування) з юридичними особами або фізичними особами (надалі - Страхувальник). За умовами цього Страхування за Договором страхування вносять страховий внесок (страховий платіж, страхові премії), а Товариство зобов'язується здійснювати виплати за умов настання подій, передбачених Договором страхування.

Київ 2017 р.

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

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

Застрахована особа - фізична особа, на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Ліміт відповідальності Страховика - гранична (максимальна) сума виплати страхового відшкодування при настанні страхового випадку, що впливає з умов Договору страхування за окремими видами послуг.

Захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та вимагає невідкладного надання медичної допомоги.

Спеціалізована Служба Страховика (Асистуюча компанія) - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи та осіб, що надають допомогу чи послуги у разі настання страхового випадку.

Страхова виплата - грошова сума, в межах установлені Договором страхування страхової суми, яку Страховик відповідно до умов Договору страхування повинен виплатити Застрахованій особі або Вигодонабувачу у разі настання страхового випадку.

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

Страховий акт - документ, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою в якому зазначаються обставини, причини настання страхового випадку, розмір страхової виплати та рішення Страховика стосовно здійснення, відмови або відстрочки у страховій виплаті.

Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.

Страховий захист - сукупність зобов'язань Страховика перед Страхувальником згідно умовами Договору страхування.

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

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

Третя особа – будь-яка особа, крім Страховика, Страхувальника і Застрахованої особи.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Відповідно до цих Правил ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОБРОБУТ ТА ЗАХИСТ» (надалі – Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (надалі – Договір страхування) з юридичними особами або дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальники). За умовами яких Страхувальники за Договором страхування вносять страховий внесок (страховий платіж, страхову премію), а Страховик зобов'язується здійснити відповідно до

умов Договору страхування в розмірі страхової суми страхову виплату або її частину шляхом:

1.1.1. 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'язані із наданням медико-санітарної допомоги;

1.1.2. відшкодування понесених застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

Програми добровільного медичного страхування, за якими здійснюється страхування, визначені в Додатку №1 до цих Правил страхування, та які є невід'ємною частиною цих Правил страхування.

1.2. Страхувальник може укладати Договори про страхування іншої особи (надалі - Застраховані особи) лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов Договору страхування.

1.3. У разі, коли Договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.4. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені Договором страхування, здійснюють її батьки або опікуни.

1.5. Обмеження страхування: не укладаються Договори страхування громадян, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I - III груп, осіб у віці до 1 року та старших 60 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування

1.6. Асистуюча компанія - компанія, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів ДМС в частині організації та фінансування медико-санітарної допомоги у обсязі Програм добровільного медичного страхування (Програми ДМС).

2. ПРЕДМЕТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначених Страхувальником у Договорі страхування за згодою застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

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

3.2. Страховим випадком є отримання Застрахованою особою медичної допомоги у закладі охорони здоров'я, з переліку передбачених Договором страхування, або запропонованому Асистуючою компанією (якщо у договорі визначено, що медико-санітарна допомога організовується такою компанією), в разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку, медико-санітарної допомоги у межах, передбачених Договором страхування, згідно з обраними Програмами ДМС.

Страховим випадком визнається звернення до медичного закладу та отримання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги під час дії Договору страхування.

3.3. Страховик не несе відповідальність (не здійснює страхові виплати) в разі звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я у зв'язку з:

3.3.1. хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин та медичних препаратів без призначення лікаря (самолікування), за виключенням випадків насильницького застосування таких речовин у відношенні до Застрахованої особи третіми особами;

3.3.2. хворобою або травмою, які є наслідком:

- замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями третіх осіб, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;
- вчинення Застрахованою особою навмисного злочину;
- навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
- знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
- спроби здійснення Застрахованою особою дій, в яких правоохоронними органами встановлено склад злочину;
- управління Застрахованою особою транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного, або токсичного сп'яніння, а також добровільної передачі ним управління особі, яка знаходилась у стані алкогольного, наркотичного, або токсичного сп'яніння, а також особі, яка не мала посвідчення водія відповідної категорії.

3.4. Страхова виплата не здійснюється у випадках необхідності надання медико-санітарної допомоги у зв'язку із :

- венеричними захворюваннями, СНІДом - незалежно від терміну виявлення;
- особливо небезпечними інфекціями (віспа, чума, холера, сибірська виразка);
- алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією - незалежно від терміну виявлення;
- оперативним втручанням, пов'язаним із пересадкою органів;
- захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за виключенням ГРВІ);
- захворюваннями та травмами, що є наслідками військових дій, заколотів, повстань, громадських заворушень, страйків, ядерного вибуху, а також дії радіації;
- захворюванням, на яке Застрахована особа хворіла до набуття чинності Договором страхування, крім випадків загострення хронічного захворювання.

3.5. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахованою особою отримана медико-санітарна допомога, яка не передбачена Програмою ДМС, або Застрахованою особою була отримана медико-санітарна допомога у закладах охорони здоров'я, не передбачених Договором страхування, без попереднього погодження з Страховиком (Асістуючою компанією), якщо це передбачено умовами Договору страхування.

4. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір добровільного медичного страхування укладається за згодою сторін та зазначається в Договорі страхування.

4.2. Підставою для укладення Договору страхування є письмова заява Страхувальника. У разі, коли Страхувальником є юридична особа або фізична особа яка бажає одночасно

застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб та документи, які посвідчують згоду цих осіб на укладення такого договору. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

При поданні заяви на укладання Договору страхування, Страхувальник повинен надати при необхідності, за вимогою Страховика, повну інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається Договір. Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування якої укладається Договір.

4.3. Договір страхування складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

При укладанні Договору страхування одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи (поліс, сертифікат), що посвідчують факт укладання Договору страхування і є формою Договору страхування.

4.4. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Договором страхування, зокрема, може бути передбачено такий порядок набрання ним чинності:

4.4.1. У разі сплати страхової премії готівкою – з 00 годин дня, наступного за днем сплати страхової премії одноразово або першої її частини (внеску) до каси Страховика;

4.4.2. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня, наступного за днем надходження страхової премії (одноразової або першої її частини) на розрахунковий рахунок Страховика.

4.5. Місцем дії Договору страхування є територія України, окрім територій де проводяться антитерористичні заходи або бойові дії.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування. Страхова сума може бути встановлена як в цілому по Договору страхування так і по окремим Програмам ДМС. Для кожної Програми ДМС Страховик може встановлювати обмеження щодо розміру страхової суми.

5.2. Страхова премія (страховий внесок, страховий платіж) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхових тарифів, що наведені у Додатку №2 до цих Правил, який є його невід'ємною частиною.

5.3. Страхова премія сплачується у терміни та у порядку які визначені Договором страхування.

5.4. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика, або використати безготівкові форми розрахунків.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. *Страхувальник має право:*

6.1.1. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до умов цих Правил.

6.1.2. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого Договору страхування, про що укладається Додаткова угода до діючого Договору страхування.

6.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов цих Правил та умов Договору страхування.

6.1.4. Вимагати забезпечення організації надання та оплати вартості наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги в межах, передбачених Договором страхування.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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

6.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього предмету страхування.

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

6.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування.

6.2.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника, зокрема:

6.2.6.1. Сповіщати Страховика на протязі 5 робочих днів про зміни прізвищ, адрес, та інших відомостей, що стосуються Страхувальника та/або Застрахованої особи.

6.2.6.2. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні Договору страхування, а також при необхідності надати Страховику можливість медичного обстеження Застрахованої особи.

6.2.6.3. В разі необхідності отримання медико-санітарної допомоги в лікувальному закладі, не передбаченому Договором страхування, узгодити це з Страховиком до отримання цієї допомоги. Якщо Договором страхування передбачена організація надання та фінансування медико-санітарної допомоги через Асистуючу компанію, то медичний заклад для надання медико-санітарної допомоги та її обсяг узгоджується з Асистуючою компанією.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження осіб, які мають бути застрахованими, та за їх результатами приймати рішення щодо укладання Договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію.

6.3.3. Надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

6.3.4. Відмовити у страховій виплаті.

6.3.4.1. Підставою для відмови у страховій виплаті є:

1) навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку;

2) вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

3) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет страхування або про факт настання страхового випадку;

4) несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат;

5) інші випадки, передбачені законодавством України.

6.3.4.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо це не суперечить законодавству України, зокрема, право Страховика відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у пунктах 3.3. та 3.4. цих Правил, а також якщо Страхувальник (Застрахована особа):

- повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладення Договору страхування;
- не подав на вимогу Страховика документів, які підтверджують факт настання страхового випадку;
- не виконував рекомендацій лікаря та порушував режим лікувального закладу, що призвело до погіршення стану здоров'я та додаткових витрат.

6.3.5. Припинити дію Договору страхування відповідно до розділу 9 цих Правил;

6.3.6. У разі появи обґрунтованих сумнівів щодо обставин та причин страхового випадку відкласти страхову виплату до з'ясування причин та обставин його настання на термін, який не може перевищувати 60 календарних днів з дня подачі заяви про страхову виплату.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами страхування;

6.4.2. 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);

6.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхових виплат не може перевищувати 30 календарних днів з дня представлення всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови у строк до 10 робочих днів з дня прийняття рішення про відмову.

6.4.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

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

7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

7.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 10 робочих днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інший термін не передбачений умовами Договору.

7.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються як Додаткова угода до діючого Договору страхування.

8. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. Про настанні страхового випадку Страхувальник повинен повідомити Страховика в строки, визначені договором, та звернутись до закладу охорони здоров'я, з переліку визначених Договором страхування або до Асистуючої компанії.

Заклад охорони здоров'я (Асистуюча компанія) сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлене у конкретному договорі

з закладом охорони здоров'я (Асистуючою компанією).

8.2. При зверненні Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я, з переліку визначених Договором страхування або до Асистуючої компанії, у випадку захворювання чи нещасного випадку, медико-санітарна допомога надається за умови пред'явлення Договору страхування (або документа, що посвідчує факт укладення Договору страхування) та документа, що посвідчує Застраховану особу.

Застрахована особа повинна чітко дотримуватись рекомендацій та призначень лікарів, не порушувати режиму закладу охорони здоров'я, що надає таку допомогу.

Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати медичному закладу, або Асистуючій компанії, вартості наданої Застрахованій особі медико-санітарної допомоги в зв'язку з захворюванням або нещасним випадком в межах страхової суми, визначеної Договором страхування.

Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів закладу охорони здоров'я, що надавав Застрахованій особі медико-санітарну допомогу (заява про виплату, документи, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, перелік діагностичних процедур, лікувальних заходів, перелік лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також термін та періодичність застосування, їх вартість) у порядку та в терміни, передбачені у договорі між Страховиком та закладом охорони здоров'я.

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

При одержанні Застрахованою особою медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я, не передбаченому Договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено із Страховиком (Асистуючою компанією), після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику заяву про страхову виплату, оригінали документів: рахунки закладу охорони здоров'я, документи, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, перелік діагностичних процедур, лікувальних заходів, перелік лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також термін та періодичність застосування, їх вартість). Розмір страхової виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених з Страховиком.

При відсутності у закладі охорони здоров'я необхідних медико-санітарних засобів (ліки, перев'язочні засоби, одноразовий інструментарій, тощо) Страховик відшкодовує Застрахованій особі вартість придбаних нею самостійно зазначених засобів згідно рахунків (квитанцій, чеків) аптек (фармацевтичних установ), або сплачує вартість таких засобів безпосередньо фармацевтичній установі за письмовим розпорядженням Застрахованої особи,

8.3. Після отримання документів, визначених у пункті 8.1 цих Правил. Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами пунктів 8.3 та 8.4 цих Правил.

Якщо Застрахована особа одержала медико-санітарну допомогу у закладі охорони здоров'я, з яким Страховик не має договірних відносин, за попереднім погодженням з Страховиком (Асистуючою компанією), та сплатила вартість цієї допомоги самостійно, або придбала лікарняні засоби, приписані для лікування, їй здійснюється страхова виплата в термін, передбачений умовами Договору страхування, або в 10-денний термін повідомляється про відмову у страховій виплаті з письмовим обґрунтуванням причин

відмови.

8.4. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи та/або страхової суми, встановленої Договором страхування для відповідної Програми ДМС.

8.5. За кожний день затримки страхової виплати, що сталася з вини Страховика, ним сплачується пеня в розмірі, визначеному Договором страхування або договором з закладом охорони здоров'я (Асистуючою компанією) залежно від того, кому здійснюється виплата.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

9.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

9.1.2. Виконання Страховиком страхових зобов'язань за Договором страхування у повному обсязі;

9.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо Договір страхування було укладено про страхування декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи;

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

9.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

9.1.7. У випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін, якщо це передбачено умовами Договору страхування. 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 не передбачено Договором страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України.

9.3. При достроковому припиненні дії Договору страхування Страховик виплачує Страхувальнику грошову суму, яка розраховується наступним чином:

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

Якщо ця вимога обумовлена невиконанням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю;

9.3.2. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за ініціативою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені страхові платежі.

Якщо ініціатива Страховика зумовлена порушенням Страхувальником умов

Договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

I. Програма: "Консультаційно-діагностична допомога"

Програма гарантує організацію та фінансування висококваліфікованої консультаційно-діагностичної допомоги спеціалістами багато – профільної клініки та запрошеними консультантами, в тому числі з провідних клінік України, повний спектр лабораторних, ментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження двох рівнів.

II. Програма: "Амбулаторно-поліклінічна допомога"

Програма гарантує нарівні з консультаційно-діагностичною допомогою, організацію та фінансування лікування у висококваліфікованих спеціалістів клінік будь-якого профілю в умовах поліклініки, в тому числі в денному стаціонарі, або вдома із організацією, в разі необхідності, стаціонару вдома, з оплатою вартості медикаментів після закінчення повного курсу амбулаторного лікування. Програма включає в межах страхової суми:

- організацію та фінансування консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договори про співробітництво;
- проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуодентальне зондування, рентгенологічні дослідження, електрокардіограма, ультразвукове, термографічне обстеження;
- нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопія, МРТ, тощо;
- проведення комплексного диспансерного обслуговування;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших; динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії договору страхування;
- надання допомоги вдома;
- проведення реабілітаційних заходів після перенесеного гострого, або загострення хронічного, захворювання; фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками; хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

III. Програма : "Швидка медична допомога"

Програма гарантує організацію та фінансування висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги, яка надається спеціалістами багатопрофільної клініки, проведення вдома термінових лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень. Медичне сортування до профільного стаціонару за невідкладними медичними показниками.

IV. Програма: "Стационарна допомога"

Програма гарантує організацію та фінансування стаціонарної медичної допомоги у лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені угоди про співробітництво. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з часу видачі направлення, та негайно при гострому захворюванні або нещасному випадку. Гарантується оплата вартості медикаментів, необхідних для лікування, харчування за нормативами, прийнятими у закладі охорони здоров'я, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовими інструментами.

V. Програма: "Стоматологічна допомога"

Програма гарантує організацію та фінансування висококваліфікованої терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги під місцевим або загальним знеболюючим засобом з використанням тільки високоякісних матеріалів, обладнання та одноразових інструментів.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові річні страхові тарифи у відповідності з програмами добровільного медичного страхування наведені у таблицях 1 - 5.

Таблиця 1 - Консультаційно-діагностична допомога

Вік у роках	Страховий тариф, %
18-40	5,1
41-55	7,0
56-65	9,0
більше 65	9,6

Таблиця 2 - Амбулаторно-поліклінічна допомога

Вік у роках	Страховий тариф, %
18-40	5,2
41-55	7,1
56-65	9,3
більше 65	9,7

Таблиця 3 - Швидка медична допомога

Вік у роках	Страховий тариф, %
18-40	4,8
41-55	6,9
56-65	9,0
більше 65	10,0

Таблиця 4 - Стационарна допомога

Вік у роках	Страховий тариф, %
18-40	5,3
41-55	7,2
56-65	9,0
більше 65	10,0

Таблиця 5 - Стоматологічна допомога

Вік у роках	Страховий тариф, %
18-40	7
41 -55	12

2. При укладенні договорів добровільного медичного страхування з юридичними особами по діючим програмам добровільного медичного страхування можуть застосовуватись пільги:

Таблиця 6 - Пільги юридичним особам

чисельність Застрахованих	знижка тарифу, %
50-80	5
80-110	6
110-200	8
200-250	9
більше 250	10

Дані тарифи розраховано для практично здорових осіб. При страхуванні осіб, які мають хронічні захворювання тариф збільшується, в залежності від захворювання, на коефіцієнт в межах від 1 до 1.8.

Норматив витрат на ведення справи складає 40%.

До зазначених тарифів можуть бути застосовані понижувальні або підвищувальні коефіцієнти, в межах від 0.2 до 1.4.

При укладенні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний):

Таблиця 7

Строк страхування міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

Актуарій



Кленікова Т.А.

Договір № 4 від 17.09.99р.

№ п/п	Назва	Код
1	...	00-00
2	...	01-10
3	...	02-20
4	...	03-30
5	...	04-40



Прочитано, проінформовано та
скріплено печаткою
(підпис) _____