



**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ
УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКО-ІРЛАНДСЬКА
СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТО»**



**ПРАВИЛА № 003
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ**

ОДЕСА - 2008

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКО-ІРЛАНДСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТО» (надалі - Страховик) за умовами даних Правил та відповідно до Закону України "Про страхування" здійснює добровільне страхування здоров'я на випадок хвороби.

1.2. Страхувальниками визнаються юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали договори страхування із Страховиком.

1.3. Якщо Страхувальник уклав договір страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.4. За цими Правилами не укладаються договори страхування у відношенні:

- інвалідів I та II неробочої групи;
- осіб, які страждають тяжкими захворюваннями нервової системи (пухлина головного мозку, пухлина спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний);
- психічно-хворих осіб;

1.5. Страхувальники мають право при укладанні договорів страхування призначити за згодою Застрахованої особи, фізичну або юридичну особу (осіб) - Вигодонабувача (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання.

Якщо Вигодонабувач не визначений у договорі страхування, страхову виплату у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання отримує спадкоємець Застрахованої особи (надалі - Спадкоємець).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

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

Згідно цих Правил страхування страховими ризиками є наступні події, в залежності від обраної при укладанні договору Програми страхування:

2.2.1. За Програмою „А” - настання будь-якої хвороби у Застрахованої особи, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше п'яти діб;

2.2.2. За Програмою „В” - хвороба, що настала вперше в житті Застрахованої особи, із встановленого у договорі страхування переліку класів хвороб, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше семи діб;

2.2.3. За Програмою „С” - хвороба, що настала вперше в житті Застрахованої особи, із встановленого у договорі страхування переліку класів хвороб, тривалість терапевтичного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше п'яти діб.

2.2.4. За Програмою "D" (страхування іноземних осіб та осіб країн СНД, які перебувають на території України) - настання будь-якої хвороби у Застрахованої особи, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше трьох діб.

2.2.5. За Програмою „Е” «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво.

Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату вартості кваліфікованої 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, доуденальне зондування; рентгенологічні дослідження, електрокардіограма (ЕКГ), реовазографія (РВГ), реоенцефалографія (РЕГ), електроенцефалографія (ЕЕГ), ультразвукове, термографічне обстеження; нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопія, магнито-резонансна томографія (МРТ);

- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших;

- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

2.2.6. За Програмою „F” «Стационарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості стаціонарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з моменту отримання напрямку лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

2.2.7. Програма „G” «Швидка медична допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості кваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги виїзних загально-профільних бригад спеціалістів та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших).

2.2.8. Програма „H” «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосовуванням нових технологій; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу – лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургічну допомогу – видалення зубу.

2.2.9. Програма „I” «Аптека».

Забезпечення Застрахованої особи лікарськими засобами для лікування гострих захворювань, чи ускладнень захворювань. Вартість однієї упаковки будь-якого лікарського засобу не повинна перевищувати суму, еквівалентну 15 долларам США по курсу НБУ на день подачі заяви.

2.2.10. Програма "J" «Страховання на випадок критичних захворювань».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з виявленням вперше та лікуванням у період дії договору страхування нижчезазначених захворювань, які надалі називаються критичними:

- інфаркт міокарда. Відмирання частини серцевого м'язу в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні. Діагноз повинен ґрунтуватись на історії типових болів у грудній області, нових електрокардіографічних вимірів та/або збільшення серцевих ензимів;

- інсульт. Інцидент з судинами головного мозку, що призводить до стійкого руйнування неврологічного статусу. Виключаються зі страхування минулі ішемічні приступи;

- онкологічні захворювання. Злоякісні новоутворення, що характеризуються неконтрольованим ростом і розповсюдженням злоякісних клітин та інвазією тканин, включаючи

лейкемію. Виключається із страхування: неінвазивний рак, виявлений в першій стадії, пухлини за наявності будь-якого вірусу ВІЛ інфекції та будь-який рак шкіри, крім інвазивної злоякісної меланоми;

- хвороби серця, що вимагають аортокоронарного шунтування. Перенесення операції на відкритому серці за рекомендацією кардіолога з метою корекції звуження або усунення блокади в одній або більше коронарних артеріях за допомогою встановлення шунта. Виключаються із страхування захворювання, викликані застосуванням балонної ангіопластики, лазерної або інших неінвазивних процедур;

- хвороби, які вимагають пересадки життєво важливих органів. Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку;

- ниркова недостатність. Остання стадія незворотної хронічної ниркової недостатності, при якій обидві нирки не можуть функціонувати, в результаті чого стає необхідним регулярний нирковий діаліз та/або операція з пересадки нирки.

Також за цією програмою страхування страховим ризиком визнається смерть Застрахованої особи внаслідок критичних захворювань, виявлених під час дії договору страхування.

2.2.11. Смерть Застрахованої особи (летальний наслідок) внаслідок хвороби, що передбачена договором страхування як страховий випадок.

2.2.12. Конкретні страхові програми та перелік послуг, що надаються за такими страховими програмами, погоджуються Сторонами при укладенні Договору страхування та визначаються в Договорі страхування.

2.3. Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу чи Спадкоємцю.

Страховими випадками за цими Правилами є перелічені у п. 2.2 цих Правил події, які сталися протягом дії договору страхування (за винятком обставин, передбачених розділом 3 даних Правил) та підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичні заклади, правоохоронні органи, суд тощо) у встановленому законодавством порядку.

Зазначені у п. 2.2 цих Правил події визнаються страховими випадками, якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії договору страхування та підтверджений документами медичних установ.

2.4. Перелік класів хвороб, які можуть бути визначені у договорі страхування:

- інфекційні та паразитарні хвороби;
- новоутворення;
- хвороби ендокринної системи;
- хвороби крові та кровотворних органів;
- хвороби нервової системи та органів чуття;
- хвороби системи кровообігу;
- хвороби органів дихання;
- хвороби органів травлення;
- хвороби сечостатевої системи;
- ускладнення вагітності;
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини;
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;
- травми та отруєння.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховими випадками не вважаються:

3.1.1. хвороби, виявлені до початку терміну дії договору;

3.1.2. хронічні хвороби;

- 3.1.3. спадкові хвороби;
 - 3.1.4. уроджені хвороби;
 - 3.1.5. професійні хвороби.
 - 3.1.6. венеричні захворювання;
 - 3.1.7. хвороби, пов'язані із стихійними лихами;
 - 3.1.8. проведення пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення і (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;
 - 3.1.9. лікування, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;
 - 3.1.10. захворювання, пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів;
 - 3.1.11. знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
 - 3.1.12. навмисне спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
 - 3.1.13. участь у військових діях та заходах, страйках, путчах, громадських заворушеннях, терористичних актах;
 - 3.1.14. будь-які травматичні ушкодження та їх наслідки під час занять ризиковими видами спорту (пірнання, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, авто- та мотогонки, гірськолижний спорт, скелелазіння, альпінізм), якщо договором страхування не обумовлено інше.
 - 3.1.15. військові дії будь-якого роду, тероризм, акти агресії, громадські заворушення, заколоти, революції;
 - 3.1.16. інфекційні та паразитарні хвороби, які виявлені протягом трьох тижнів з моменту укладення договору страхування, а також новоутворення та хвороби ендокринної системи, хвороби крові та кровотворних органів, хвороби нервової системи та органів чуття, системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, ускладнення вагітності, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які виявлені протягом перших двох місяців з моменту укладення договору страхування (якщо інше не передбачено умовами договору);
 - 3.1.17. хвороби, що стали наслідками травми, отруєння, теплового удару, опіку, обмороження, дії радіоактивного випромінювання, ураження електричним струмом, контакту з тваринами і рослинами, якщо договором страхування не передбачено хвороби, що відносяться до класу "травми та отруєння" як страховий випадок;
 - 3.1.18. хвороби, що виникли внаслідок вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин; хвороби, що є наслідками спроб самогубства або скоєння Застрахованою особою протиправних дій, самолікування;
 - 3.1.19. хвороби, що виникли як наслідок подій чи хвороб, вказаних в пп. 3.1.2. - 3.1.14 цих Правил.
- 3.2. Страхуванню не підлягають:
 - 3.2.1. За Програмами "А", "В", "С", "D" - діти віком до 1 (одного) року;
 - 3.2.2. За програмами "В", "С", "D"- осіб віком понад 70 років.
 - 3.2.3. За програмою „Е”, „F”, „G” „H”, „I” - діти віком до 1 року та осіб віком понад 70 років, якщо інше не визначено умовами договору страхування .
 - 3.2.4. На випадок смерті (летального наслідку) внаслідок хвороби - діти і підлітки у віці до 17 років, а також дорослі віком понад 70 років.
 - 3.3. За програмою "В" - укладаються договори страхування здоров'я осіб допенсійного віку за усіма класами хвороб та осіб пенсійного віку до 70 років тільки за такими класами хвороб:
 - 3.3.1. новоутворення;
 - 3.3.2. хвороби ендокринної системи;
 - 3.3.3. хвороби крові та кровотворних органів;
 - 3.3.4. системи кровообігу;
 - 3.3.5. хвороби внаслідок травм і отруєння.
 - 3.4. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обмеження страхування.

4. СТРАХОВІ СУМИ ТА СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

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

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

4.3. Страховий платіж встановлюється Страховиком у відповідності до тарифів, які діють на момент укладення договору страхування. Страховиком використовуються страхові тарифи, наведені у Додатку № 1 до цих Правил, які є невід'ємною частиною цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається у договорі страхування за згодою сторін з урахуванням рівня ризику та умов договору страхування.

4.4. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово за весь термін страхування, якщо інше не передбачене договором страхування. Страхувальникові може бути надано право сплачувати страховий платіж частинами на умовах та у порядку, передбаченому договором страхування.

4.5. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.6. Страховий платіж може сплачуватися готівкою або безготівковим шляхом, у грошовій одиниці України або у іноземній вільноконвертованій валюті у випадках передбачених чинним законодавством України, якщо інше не передбачене законодавством України.

4.7. Для кожної програми страхування Страховик має право встановлювати мінімальний рівень страхової суми, виходячи з розміру фактичної вартості медичних послуг.

5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ 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 укладанні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки Страховиком страхового ризику.

При укладанні договору страхування групи осіб Страхувальником надається список осіб, які мають бути застрахованими. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування.

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

5.3. Договір страхування складається у 2-х примірниках, які мають однакову юридичну силу, і знаходяться по одному у кожній із сторін.

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

5.5. У випадку втрати договору страхування в період його дії Страхувальнику видається дублікат. З моменту видачі дублікату втрачений договір втрачає чинність і ніякі виплати по ньому не здійснюються.

5.6. Всі зміни та доповнення до умов договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін протягом 5 робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною шляхом укладання додаткової угоди до діючого договору або шляхом переукладання договору. Якщо яка-небудь сторона не згодна на внесення змін в договір страхування, у 5-денний строк вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

Договір страхування за новими умовами починає діяти з моменту, коли сторонами були підписані такі умови.

5.7. Договір страхування може бути укладений на строк від 1 місяця до 1 року, якщо інше не визначено умовами договору страхування.

5.8. Місце дії договору страхування - територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. укладати договори страхування відносно себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

6.1.2. при укладанні договорів страхування призначати, за згодою Застрахованої особи, фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат у разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування;

6.1.3. у випадку відмови Страховика здійснити страхову виплату звернутися до Страховика з обґрунтованими претензіями і вимогою повторної перевірки документів у термін не більше 30 днів.

6.1.4. достроково припинити дію договору страхування, якщо це передбачено умовами договору;

6.1.5. вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

6.1.6. в разі здійснення заходів, що зменшили страховий ризик, подати Страховику письмову заяву щодо переукладання договору страхування.

6.1.7. Отримати дублікат Договору страхування (Страхового полісу) в разі його втрати.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;

6.2.2. при укладенні 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 (в тому числі конфіденційну інформацію про особу, інформацію, пов'язану з професійною діяльністю Страхувальника/Застрахованої особи та місцем його/її перебування під час дії договору страхування). Істотними є такі обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання договору страхування взагалі або щодо укладання договору на узгоджених із Страхувальником умовах;

6.2.3. повідомляти Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета договору 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 протягом 3-х робочих днів, (якщо інший термін не передбачено договором страхування) будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення;

6.2.6. У межах своєї компетенції (якщо Страхувальник – юридична особа) вживати заходів щодо усунення несприятливих чинників впливу на здоров'я Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування.

6.2.7. Забезпечити зберігання документів, що мають відношення до Договору страхування.

6.2.8. в разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це із Страховиком до отримання цих послуг (якщо можливість вибору Страхувальником лікувального закладу передбачена договором страхування). Якщо договором страхування передбачена організація надання та фінансування медичних послуг через Асистуючу компанію, то медичний заклад для отримання медичних послуг та обсяг медичних послуг узгоджується з Асистуючою компанією.

Якщо Страхувальник - юридична особа припиняє своє існування і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника. У разі

смерті Страхувальника – фізичної особи, який уклав договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб. У разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи недієздатним його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов договору;

6.3.2. Встановлювати розмір страхового тарифу в залежності від обставин, що впливають на ризики, з урахуванням особливостей умов конкретного Договору страхування.

6.3.3. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком (в тому числі конфіденційну інформацію про Застраховану особу), до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, що можуть володіти інформацією про характер, причини та обставини страхового випадку.

6.3.4. з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, перевіряти всі представлені йому документи. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря;

6.3.5. у разі наявності підстав, відмовити у страховій виплаті згідно з розділом 9 цих Правил;

6.3.6. у випадку появи сумнівів щодо визнання події страховим випадком направити запити до компетентних органів (включаючи судові інстанції) та відкласти прийняття рішення про виплату (або відмову у виплаті) або здійснення страхової виплати до отримання необхідних документів від цих компетентних органів (але у будь-якому випадку термін відстрочки не може перевищувати 3-х місяців), повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу), Вигодонабувача у письмовій формі;

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

6.3.8. у випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії договору;

6.3.9. у разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (Спадкоємця), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до яких призвели ці дії;

6.3.10. достроково припинити дію договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов договору.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та 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;

6.4.3. при настанні страхового випадку здійснити виплату у передбачений договором строк (але у будь-якому разі у термін не більше 20 робочих днів з моменту прийняття Страховиком рішення про виплату відповідно до п. 8.9 цих Правил). Якщо Застрахована особа одержала платні медичні послуги в медичному закладі, з яким Страховик не має договірних відносин, за попереднім погодженням з Страховиком (Асистуючою компанією), та оплатила вартість цих послуг самостійно, їй здійснюється виплата в термін, передбачений умовами договору страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу неустойки (пені) в розмірі подвійної облікової ставки НБУ від суми простроченого платежу за кожний день затримки;

6.4.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик переукласти з ним договір страхування;

6.4.5. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище за винятком випадків, передбачених законом України.

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

6.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки сторін, які не суперечать чинному законодавству України. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема вона зобов'язана дотримуватися приписів лікаря, повідомляти про настання страхового випадку та таке інше.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Про настання страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити Страховика протягом 3-х робочих днів (якщо інший термін не передбачено договором страхування) будь-яким способом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

7.2. Для отримання страхової виплати Страховику необхідно надати такі документи:

7.2.1. договір страхування (поліс);

7.2.2. документи, що підтверджують настання страхового випадку (оригінали або завірені відповідними медичними установами або представником Страховика копії):

- заява про страхову виплату з зазначенням обставин настання та характеру страхового випадку від особи, яка визначена у договорі страхування для отримання страхової виплати;

- медична довідка (або довідки) із вказаними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу, листок непрацездатності з медичного закладу з відповідним штампом;

- в разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби - свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

7.2.3. документи про правонаступництво (для Спадкоємців);

7.2.4. паспорт та довідку про ідентифікаційний номер особи, яка отримує страхову виплату;

7.2.5. матеріали слідчих та судових органів - у разі необхідності.

7.2.6. документи надаються у разі, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку, ведеться кримінальна справа, розпочато розслідування слідчими органами, розпочато судовий процес або закінчено розслідування або судовий розгляд.

7.3. Якщо Застрахована особа, за умови попереднього погодження зі Страховиком, самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг, вона додатково до документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надає Страховику документи, що підтверджують факт сплати (квитанції, чеки, тощо). Сплата вартості лікарняних препаратів в цьому випадку здійснюється в межах обумовленої договором страхування суми.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Підставою для здійснення страхової виплати є страховий акт, складений на основі письмової заяви Застрахованої особи або Вигодонабувача і всіх необхідних документів, вказаних в п.7.2. цих Правил.

8.2. Страховик здійснює страхову виплату протягом 20 робочих днів з моменту прийняття Страховиком рішення про виплату відповідно до п. 8.9 цих Правил.

8.3. Розмір страхової виплати становить:

За Програмами "А", "В", "С", "D" :

- при амбулаторному лікуванні та стаціонарному лікуванні терміном до 10 днів виплачується 0,5% від страхової суми за кожен день непрацездатності (лікування), але не більше 10% від страхової суми (по одному страховому випадку);

- при стаціонарному лікуванні від 11 до 20 діб - 10% від страхової суми;

- при стаціонарному лікуванні від 21 до 30 діб - 20% від страхової суми;

- при стаціонарному лікуванні більше 30 діб - 30% від страхової суми.

В разі виникнення у Застрахованої особи вперше:

- Інфаркту міокарду, гострого порушення мозкового кровообігу (інсульту), злоякісного новоутворення - 75% від страхової суми (страхова виплата проводиться одноразово з урахуванням раніше проведених страхових виплат, але не більше загальної страхової суми);

В разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання - 100 % страхової суми.

8.4. За Програмами „E”, „F”, „G”, „H”, „I”:

- при настанні страхового випадку (звернення Застрахованої особи до медичного закладу з переліку визначених договором страхування або до Асистуючої компанії, яка вказана в договорі страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання чи нещасних випадків) медичні послуги надаються на підставі пред'явлення договору страхування (або документу, що посвідчує факт укладання договору страхування) та документу, що посвідчує Застраховану особу.

Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов договору страхування шляхом оплати медичному закладу або Асистуючій компанії вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в зв'язку із захворюванням в межах страхової суми, визначеної договором страхування.

Медичний заклад/Асистуюча компанія сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у конкретному договорі з медичним закладом/Асистуючою компанією.

Виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів медичного закладу, що надавав Застрахованій особі медичні послуги (заява про виплату, рахунок медичного закладу, документи, що підтверджують настання страхового випадку: медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу), у порядку та терміни, передбачені договором між Страховиком та медичним закладом/Асистуючою компанією.

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 медичних послуг у медичному закладі, 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 виплату, оригінали документів: рахунки медичного закладу та фармацевтичних установ, документи, що підтверджують настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу).

Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених із Страховиком, згідно рахунків медичних закладів, за заявою Застрахованої особи – безпосередньо медичному закладу. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг, вона додатково до документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надає Страховику документи, що підтверджують факт сплати (квитанції, чеки, тощо). Сплата вартості лікарняних препаратів в цьому випадку здійснюється в межах обумовленої договором страхування суми.

Страховик здійснює страхову виплату в термін, передбачений договором страхування, але цей термін не може перевищувати 20 робочих днів з моменту прийняття Страховиком рішення про виплату відповідно до п. 8.9 цих Правил.

За Програмою "J" при настанні страхового випадку виплачується 100% страхової суми, визначеної договором страхування.

8.5. Після отримання документів, визначених у пункті 8.1. цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату згідно умов пунктів 8.2, 8.3, 8.4, 8.9 цих Правил. Страхова виплата - грошова

сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

8.6. 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

8.7. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється відповідно до бажання особи, що отримує виплату, готівкою або в безготівковій формі.

8.8. 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.

8.9. Рішення про виплату або відмову у виплаті приймається протягом двадцяти п'яти робочих днів з дня отримання документів, зазначених у п. 7.2 цих Правил. Рішення про виплату приймається у вигляді складання страхового акту.

У разі прийняття рішення про відмову у виплаті, Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) у термін 15 робочих днів з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

Страховик має право відмовити Страхувальнику, Застрахованій особі (Вигодонабувачу) у страховій виплаті у разі:

9.1. навмисних дій 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 громадського 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;

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

9.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

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

9.5. в інших випадках, встановлених Договором страхування та/або передбачених законом .

Зокрема, договором страхування може бути передбачено, що Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа відмовляється від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання захворювання.

10. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

10.1.1. закінчення строку дії Договору страхування - о 24-й годині доби, вказаної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування;

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

10.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір 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;

10.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи на чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22,23,24 Закону України "Про страхування";

10.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.1.6. прийняття судом рішення про визнання договору страхування недійсним;

10.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. 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 передбачено умовами договору та законодавством України.

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 інший термін не встановлено у договорі страхування.

10.2.1. 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 (30%), фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

10.2.2. 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 страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (30%), фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори за Договорами страхування між Страхувальником і Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

11.2. Якщо в процесі переговорів сторони не дійдуть згоди, подальше вирішення спорів здійснюється у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

12.1. Наслідки збільшення страхового ризику під час дії договору страхування.

12.1.1. Під час дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно (протягом 3-х робочих днів), якщо інший термін не передбачено договором страхування, повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні договору, якщо ці зміни можуть суттєво вплинути на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

12.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати Страхувальником додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

12.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору. При цьому, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

12.1.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомить Страховика про значні зміни під час дії договору страхування в обставинах, які враховувались при укладанні договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії договору.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

Розміри базових річних страхових тарифів при страхуванні здоров'я на випадок хвороби зазначені в таблиці 1.

Таблиця 1

Базові річні страхові тарифи
(% від страхової суми)

номер п/п	Назва програми	Вік застрахованої особи	Страховий тариф для практично здорових	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями
1.	Програма „А”	1-70	3	24*
2.	Програма „В”	1-70	5	40*
3.	Програма „С”	1-70	7	56*
4.	Програма „D”	1-70	6	48*
5.	Програма „Е”	1-15	15,5	70*
		16-40	10,5	65*
		41-55	13,0	65*
		56-65	14,5	70*
		66-70	16,5	80*
6.	Програма „F”	1-15	5,3	30*
		16-40	3,0	40*
		41-55	4,0	40*
		56-65	5,6	45*
		66-70	6,0	50*
7.	Програма „G”	1-15	6	60*
		16-40	2	50*
		41-55	4	50*
		56-65	6	60*
		66-70	8	70*
8.	Програма „H”	1-15	18	30*
		16-40	25	40*
		41-55	26	40*
		56-65	29	45*
		66-70	30	50*
9.	Програма „I”	1-15	8	30*
		16-40	5	40*
		41-55	6	40*
		56-65	9	45*
		66-70	10	50*
10.	Програма „J”	1-70	4	32*

*При укладанні договору страхування при наявності захворювання в анамнезі підвищувальні коефіцієнти не застосовуються.

Базовий річний страховий тариф на випадок смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання (п. 2.2.11. Правил) складає 0,6% від страхової суми.

Розмір страхової виплати при настанні страхового випадку, зазначеного в п.2.3. цих Правил встановлюється Страховиком в залежності від виду захворювання, ступеня тяжкості конкретної захворювання, наявності супутньої патології, характеру проведеного лікування (амбулаторного або стаціонарного) та інших чинників, що мають істотне значення.

Договір страхування може передбачати період очікування (строк, протягом якого не вважається страховим випадок, що настав і має ознаки страхового згідно обраної програми страхування) від 5 до 30 діб.

Із застосуванням періоду очікування страхова премія може бути зменшена (за кожен день на 0,05% знижки зі страхової премії).

В залежності від кількості осіб, що страхуються одночасно (договору з юридичними особами) встановлюються наступні знижки наведені в таблиці 2.

Таблиця 2.

Чисельність застрахованих осіб	Знижка тарифу					
	50-100	101-150	151-200	201-250	250-1000	Більше 1000
Знижка тарифу (у % від базових)	5	6	7	8	10	до 20

При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці 3 (неповний місяць рахується як повний):

Таблиця 3.

Строк страхування, місяців	Таблиця короткостроковості										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	25	32	39	45	52	59	66	73	79	86	93

Норматив витрат, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів складає 30%.

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (віку, роду професійної діяльності та побічних занять, умов праці, оточуючого середовища, ступеню психоемоційних навантажень, спадковості, рис характеру, побутових звичок, вживання алкоголю, тютюну, умов проживання, стану здоров'я тощо), та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих, специфіки підприємства, статево-вікових факторів), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,2) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

Актуарій

Поплавський О.О.
Диплом №14 від 17 вересня 1999 року