



**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ
УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКО-ІРЛАНДСЬКА
СТРАХОВА КОМПАНІЯ „INTO”**

«Затверджую»

**Генеральний директор
АТ СК „INTO”**

М.О.Кравець

2008 року



**ПРАВИЛА № 001
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

ГЛОСАРІЙ

СТРАХОВИК - юридична особа, яка має ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я). В цих Правилах - АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКО-ІРЛАНДСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ „ІНТО”

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа чи дієздатна фізична особа, що уклали договір страхування зі Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - дієздатна фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, в тому числі нею може виступати і Страхувальник - фізична особа.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику, або іншій особі, визначеній у договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

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

СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, 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 період страхування.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКО-ІРЛАНДСЬКА СТРАХОВА КОМПАНІЯ „ІНТО” (далі - Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі - договори медичного страхування) громадян з юридичними особами та дієздатними фізичними особами у віці від 18 років (надалі - Страхувальники), за умовами яких гарантує фінансування медичних послуг певного переліку та якості у об'ємі страхової медичної програми, що є невід'ємною частиною Правил (Додаток №1 до цих Правил).

1.2. Страхувальник може укладати договори медичного страхування відносно себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У разі, коли договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Обмеження страхування: не укладаються договори медичного страхування осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I-II груп.

1.4. Асистуюча компанія - компанія, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування договорів страхування в частині організації та фінансування медичних послуг у обсязі страхових медичних програм.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

3. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. СТРАХОВІ РИЗИКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

3.1. Страховий випадок - подія, передбачувана договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

3.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання Застрахованої особи.

3.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу, передбаченого договором страхування, або запропонованого Асистуючою компанією (якщо у договорі визначено, що медична допомога здійснюється через таку компанію), з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку за отриманням медичної допомоги, у межах, передбачених договором страхування, згідно з вибраною страховою медичною програмою.

3.4. Страховим випадком визнається звернення Застрахованої особи до медичного закладу під час дії договору страхування.

3.5. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з:

а) хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, самолікування;

б) спадковими захворюваннями, вродженими аномаліями та вадами розвитку;

в) гострими та хронічними променевими ураженнями;

г) психічними захворюваннями та їх ускладненнями;

д) захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ);

є) хронічним захворюванням, яке було діагностовано до укладення договору страхування, за винятком випадків загострення хронічного захворювання;

е) проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення і (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;

ж) лікування, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;

з) хворобами, пов'язан ими із стихійними лихами;

і) хворобою або травмою, яка є наслідком:

- замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями третіх осіб;

- вчинення Застрахованою особою протиправних дій;

- військових дій будь-якого роду та їх наслідків, тероризму, акту агресії, громадських безладь, різного роду громадських заворушень та страйків, заколоту, революції, повстань,

- ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення,

- навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

- знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння,

- отруєння Застрахованої особи наркотичними, токсичними речовинами або медичними препаратами, прийнятими без призначення лікаря з метою або у стані сп'яніння, а також алкоголем або його сурогатами (спирти, спиртотонічні технічні рідини, розбавники, кислоти та інші), за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами.

3.6. Страховик не оплачує (крім випадків, які включені на особливих умовах до Договору страхування) надання медичної допомоги у наступних випадках:

- венеричні захворювання (сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкроїд, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднорели, уреоплазма, мікоплазма, аогенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом) та СНІД, незалежно від термінів виявлення;

- особливо небезпечні інфекції (віспа, чума, холера, сибірська виразка);

- епілепсія;
- природжені аномалії та пороки розвитку, спадкові та генетичні захворювання;
- дерматокімози;
- цукровий діабет (інсулінозалежний);
- псоріаз;
- захворювання, про існування яких Застрахованій особі було відомо до укладення договору страхування та про які вона не повідомила Страховика чи його уповноважених осіб;
- протезування та прилади корегування (окуляри, контактні лінзи, слухові апарати та ін.);
- злоякісні онкологічні захворювання, в тому числі кровотворної та лімфатичної тканин (крім випадків вперше виявленого захворювання під час дії Договору страхування);
- штучне переривання вагітності (за винятком випадків, коли це необхідно за медичними показниками).

3.6.1. Перелік випадків, в яких Страховик не сплачує надання медичної допомоги, може бути розширений в Договорі страхування.

3.7. Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримані медичні послуги, які не передбачені договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги у медичних закладах, не передбачених договором страхування без попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією).

У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі висновків медичного закладу.

3.8. При зверненні Застрахованої особи до Страховика або його представника за отриманням медичної допомоги у випадках, передбачених п.3.5, 3.6, 3.7 цих Правил, Страховик або його представник може забезпечити організацію надання необхідної медичної допомоги за рахунок особистих коштів Застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір медичного страхування укладається на строк 1 рік, якщо договором страхування не передбачено інше.

4.2. Підставою для укладання договору страхування є усна чи письмова заява Страхувальника. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування.

При поданні заяви на укладення договору, Страхувальник повинен надати повну інформацію, яку вимагає Страховик, щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається договір. Страховик може здійснювати анкетування та 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 медичного страхування одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання договору страхування. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, що є формою договору страхування.

4.4. Договір медичного страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності:

4.4.1. У разі сплати страхової премії готівкою - з 00 годин дня, наступного за днем сплати премії одноразово або першої її частини (внеску), але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування або Страховому полісі;

4.4.2. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня, наступного за днем надходження премії (одноразової або першої її частини) на поточний рахунок Страховика, але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування або Страховому полісі. Страховик

умовами договору страхування. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа.

6.2.7. 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.

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

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, про страхування якої укладається договір страхування, та за результатами приймати рішення щодо укладення договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію.

6.3.3. Надсилати запити до компетентних органів (медичних, правоохоронних та інших) про надання інформації (в тому числі конфіденційної відносно Застрахованої особи), необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку.

6.3.4. Запитувати у Страхувальника під час дії Договору страхування будь-яку інформацію про зміни обставин, що мають значення для оцінки ймовірності настання страхового випадку.

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

6.3.6. Проводити незалежну перевірку обставин страхового випадку.

6.3.7. Відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у п.3.5, п.3.6, п.3.7 цих Правил, а також, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

- вчинив навмисні дії, 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. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

- вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

- повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування або про факт настання страхового випадку;

- несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив Страховикові перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

- не надав документів, які підтверджують факт настання страхового випадку;

Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону.

6.3.8. Достроково припинити дію договору страхування, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування або не сплатив страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений договором страхування термін та у встановленому договором страхування обсязі.

6.3.9. Відкласти прийняття рішення про страхову виплату або здійснення страхової виплати на термін не більше 45 днів у разі появи обґрунтованих сумнівів, щодо причин та обставин страхового випадку.

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 Страхувальнику.

6.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором строк.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

6.4.4. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом

зобов'язаний після надходження страхової премії на свій поточний рахунок повідомити Страхувальника про дату набуття чинності договору 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. Місцем дії договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВА ПРЕМІЯ. ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування. Для кожної страхової медичної програми Страховик має право встановлювати мінімальний рівень страхової суми, виходячи з розміру фактичної вартості медичних послуг.

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

Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми, на підставі страхового тарифу, що визначається згідно з Додатком № 2 до цих Правил.

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 ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Достроково припинити дію договору страхування відповідно до пунктів 9.2. та 9.3.1. цих Правил.

6.1.2. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається додаткова угода до діючого договору страхування з врахуванням умов розділу 7 цих Правил.

6.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов договору страхування.

6.1.4. Вимагати надання та оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах, передбачених договором страхування.

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

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Сплачувати страхову премію в обсягах та в терміни, що обумовлені договором страхування.

6.2.2. Сповідати Страховика на протязі терміну дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

6.2.3. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, інші відомості, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

6.2.4. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це із Страховиком до отримання цих послуг. 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.

6.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування.

6.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений

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 також інші права та обов'язки сторін. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема вона зобов'язана дотримуватися приписів лікаря, повідомляти про настання страхового випадку і т.і..

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 20 днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено умовами договору.

7.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

8.1. 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 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 згідно до законодавства України 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 оригінал Договору страхування (Страхового поліса), 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), документи, що посвідчують особу одержувача страхової виплати: паспорт та довідку про ідентифікаційний код, доручення, видане Застрахованою особою (Страхувальником) довірній особі (тільки у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи).

Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених із Страховиком, згідно рахунків медичних закладів.

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. 8.6 цих Правил.

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

8.3. 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.

8.4. Належну страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату. Виплата здійснюється згідно з п. 6.4.2. та п.8.1. цих Правил.

8.5. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі подвійної облікової ставки НБУ від суми простроченого платежу за кожний день затримки.

8.6. 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.

8.7. Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті протягом 25 робочих днів з дня отримання документів, передбачених п.8.1 цих Правил.

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

9.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником 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. У випадку несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановлений договором страхування термін. 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 з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

9.1.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування".

9.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

9.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

9.1.8. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до запропонованої 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 страхування 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 з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає страхову премію, що залишилася до закінчення дії договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний. Якщо ця вимога обумовлена невиконанням Страховиком умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

9.3.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхову премію, що залишилася до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. При цьому неповний місяць страхування приймається за повний.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

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

11. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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

11.1.1. 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).

11.1.2. 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.

11.1.3. 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.

11.1.4. 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.

11.2 Питання, що залишились поза межами цих правил, регулюються чинним законодавством України.

Страхові медичні програми (перелік медичних послуг)

1. Програма «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, у тому числі в денному стаціонарі, з оплатою вартості ліків після закінчення повного курсу амбулаторного лікування.

Програма включає в межах страхової суми:

- надання та оплату вартості висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклад договори про співробітництво;
- проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування;
- рентгенологічні дослідження, електрокардіограма (ЕКГ), реовазографія (РВГ), реоенцефалографія (РЕГ), електроенцефалографія (ЕЕГ), ультразвукове, термографічне обстеження;
- нейрофізіологічні методи обстеження;
- ендоскопія, магніто-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 (якщо необхідність таких консультацій викликана станом Застрахованої особи);
- фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками;
- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

2. Програма «Стаціонарна 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.

Якщо інше не передбачено договором страхування, госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з моменту отримання напрямку лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку.

Гарантується оплата вартості проведення необхідних лікувально-діагностичних заходів, профільних функціонально-діагностичних досліджень, необхідних для лікування ліків, консультацій профільних фахівців, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

3. Програма «Швидка медична допомога».

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

4. Програма «Домашній лікар».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних

з медичним обслуговуванням Застрахованої особи сімейним лікарем високої кваліфікації, спеціально виділеним медичним закладом для роботи з Застрахованою особою, або лікарем, що займається приватною практикою і перебуває в договірних відносинах зі Страховиком. Надання лікувально-діагностичної допомоги здійснюється переважно вдома у Застрахованої особи.

Програма включає в межах страхової суми:

- первинне обстеження Застрахованої особи з використанням необхідних діагностичних лабораторних і інструментальних методів дослідження і консультацій лікарів різних спеціальностей;
- у разі гострого захворювання чи загострення хронічного захворювання Застрахованої особи, відвідування такої особи вдома та призначення лікування;
- амбулаторний прийом Застрахованої особи у зв'язку з гострим захворюванням чи загостренням хронічного захворювання та призначення лікування;
- складання індивідуальної програми лікувально-оздоровчих і профілактичних заходів на основі результатів проведеного попереднього обстеження;
- надання необхідної медичної допомоги вдома при захворюваннях Застрахованої особи із залученням лікарів-консультантів інших спеціальностей;
- організація, при наявності медичних показань, госпіталізації Застрахованої особи в медичний заклад;
- виконання усіх видів інвазійних маніпуляцій, зігріваючих компресів, катетеризація, забір матеріалів для проведення аналізів.

5. Програма "Стоматологія".

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосуванням 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.

6. Програма "Аптека".

Забезпечення Застрахованої особи лікарськими засобами для лікування гострих захворювань, чи ускладнень захворювань через аптечні установи визначені Страховиком. Придбання лікарських засобів Застрахованою особою здійснюється на підставі рецептів, виданих медичними закладами, з якими Страховик має угоди про співробітництво. Вартість однієї упаковки будь-якого лікарського засобу не повинна перевищувати еквівалента 15 доларів США.

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

Страхові тарифи

Нижче наведені річні страхові тарифи для однієї Застрахованої особи у % від страхової суми по відповідній страховій медичній програмі.

1. Програма „Амбулаторно-поліклінічна допомога”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, хронічними захворюваннями, (% від страхової суми)
1 - 17	15,5	70*
18 - 40	10,5	60*
41 - 55	13,0	65*
56 - 65	14,5	70*
більше 65	16,5	80*

2. Програма „Стационарна допомога”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, хронічними захворюваннями, (% від страхової суми)
1 - 17	5,3	30*
18 - 40	3,0	35*
41 - 55	4,0	40*
56 - 65	5,6	45*
більше 65	6,0	50*

3. Програма „Швидка медична допомога”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
1 - 17	4,4	30*
18 - 40	2	35*
41 - 55	4	40*
56 - 65	5,3	45*
більше 65	6,5	50*

4. Програма „Домашній лікар”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
1 - 17	15,5	70*
18 - 40	10,5	60*
41 - 55	13,0	65*
56 - 65	14,5	70*

більше 65	16,5	80*
-----------	------	-----

5. Програма „ Стоматологія ”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
1 - 17	18	30*
18 - 40	25	40*
41 - 55	26	55*
56 - 65	29	75*
більше 65	30	80*

6. Програма „ Аптека ”

Вік застрахованої особи, (років)	Базовий річний тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
1 - 17	8	30*
18 - 40	5	40*
41 - 55	6	40*
56 - 65	9	45*
більше 65	10	50*

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

Договір страхування може передбачати період очікування (строк, протягом якого не вважається страховим випадок, що настав і має ознаки страхового згідно обраної програми) від 5 до 30 діб. Із застосуванням періоду очікування страхова премія може бути зменшена (за кожний день на 0,1 % знижки зі страхової премії).

При укладанні договору страхування на термін до 1 року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (неповний місяць розраховується як повний).

Строк страхування, (місяці)	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 35 %.

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають ступінь страхового ризику (категорії медичних закладів, стану здоров'я особи, що страхується, умов праці, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем), тощо), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 3,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,2) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий брутто-тариф).

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 40% від страхової суми для практично здорових людей та 80% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях.

Актуарій



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