

Публічне акціонерне товариство «Страхова компанія «Країна»

ЗАТВЕРДЖЕНО

Голова Правління ПАТ «СК «Країна»

Н.З. Шарвадзе

«26» жовтня 2010 р.



ПРАВИЛА

ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

З М І С Т

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ВНЕСОК.....	6
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ	6
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	7
6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
7. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН.....	10
8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	12
9. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	13
10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	13
11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	14
12. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
13. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	15
14. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	16
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	16
Додаток №1 Страхові медичні програми	17
Додаток №2. Базові річні страхові тарифи	19

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Страхувальник – юридична особа чи дієздатна фізична особа, які уклали Договір страхування із Страховиком.

Застрахована особа – це особа, щодо якої за її згодою Страхувальник уклав із Страховиком Договір про страхування і яка може згідно з цим Договором страхування набувати прав і обов'язків Страхувальника.

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 Страхувальнику (Застрахованій особі) або медичній установі (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором терміни 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 виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

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

Страховий випадок – подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулася і, з настанням якої, виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або медичній установі.

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

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

Асистуюча компанія – спеціалізована служба, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та медичних закладів, що надають медико-санітарну допомогу Страхувальнику (Застрахованій особі) при настанні страхового випадку.

Послуги швидкої допомоги – необхідне медичне транспортування та/або медичний супровід до місцевого медичного закладу.

Стоматологічна допомога – поточна та невідкладна стоматологічна допомога, яка включає обстеження, терапевтичну та хірургічну допомогу, якщо інше не визначено в договорі страхування.

Медикаменти та матеріали – медикаменти, ліки, витратні матеріали, опорні пристрої (включаючи протези), що призначені лікуючим лікарем.

Лікування в денному стаціонарі, стаціонар вдома – місцезнаходження пацієнта (Застрахованої особи), який знаходиться в медичному закладі протягом періоду надання йому платної медичної допомоги, але не залишається там на ніч і не харчується , чи вдома.

Ліміт відповідальності – максимальна грошова сума, що виплачується Страховиком по одному страховому випадку у зв'язку з наданням певного виду медичної допомоги, та становить межу страхових виплат за окремими видами медичної допомоги, що будуть одержані Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку. У випадку сплати страхового платежу частинами по конкретному Договору страхування **ліміт відповідальності** - межа страхових виплат за окремим видом медичної допомоги, що буде сплачено Страхувальнику – визначається пропорційно або як певний відсоток (зазначається у Договорі страхування) від суми фактично сплаченої частки страхових платежів по Договору страхування до сплати Страхувальником повного розміру страхового платежу, встановленого Договором страхування.

Невідкладна медична допомога – медично виправдані витрати щодо невідкладної допомоги та медичного супроводу Застрахованої особи, яка перебуває в критичному медичному стані до найближчого медичного закладу, з яким Страховиком укладено договір, чи іншого найближчого медичного закладу, де може бути надана відповідна медична допомога та створені належні для лікування умови.

Медична установа – заклад охорони здоров'я, який згідно з чинним законодавством України має право надавати медичні (хірургічні) послуги, включаючи ті медичні установи, основною діяльністю яких є надання санаторних послуг, послуг по реабілітації і т.і. Для цілей цих Правил до медичних установ прирівнюються аптеки, діагностичні центри та інші заклади та установи, з якими Страховик уклав договори про обслуговування застрахованих осіб, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Лікування в стаціонарі – лікування пацієнта (Застрахованої особи), який знаходиться в медичній установі протягом періоду, що перевищує 24 (двадцять чотири) години, з метою отримання медичної допомоги.

Медичний стан – будь-яке захворювання чи травма, що не підпадають під виключення даних Правил.

Медична допомога – медичні процедури в тому числі хірургічні втручання, передбачені умовами Договору страхування, що виконуються з єдиною метою лікування або полегшення медичного стану.

Амбулаторне-поліклінічне лікування – медична допомога, що надається Застрахованій особі, коли та не перебуває у стаціонарі під час лікування.

Спеціаліст – особа, яка має спеціальну освіту, фах та право займатися медичною практикою та надавати медичну допомогу відповідно до законодавства України в межах отриманого дозволу та професійної кваліфікації.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. Публічне акціонерне товариство „Страхова компанія „Країна” (надалі по тексту – „Страховик”) у відповідності з чинним законодавством України та на підставі цих Правил укладає договори добровільного медичного страхування (надалі – „Договір страхування”) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (надалі – „Страхувальники”), за умовами яких фінансує надання медичної допомоги (послуг) певного переліку та якості в обсязі страхових медичних програм, що визначені у Додатку №1 до цих Правил.
- 1.2. Страхувальники можуть укладати із Страховиками Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов’язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.
- 1.3. Страховик зобов’язується оплатити вартість медичної допомоги (послуги), яка була надана тими медичними установами чи спеціалістами, що перебувають у договірних відносинах із Страховиком, а також медикаменти та матеріали, що були призначені лікуючим лікарем, консультантом, тощо, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.
- 1.4. Будь-яка інформація, що надається Страхувальником або Застрахованою особою є конфіденційною та складає невід’ємну частину Договору страхування.
- 1.5. При укладанні Договорів страхування третіх осіб необхідна письмова згода цих осіб (для повнолітніх осіб). Діти віком до 16 років можуть бути застраховані тільки батьками або піклувальниками. Договір про страхування дитини може бути укладений і іншими особами при наявності письмової згоди її батьків або піклувальників.
- 1.6. Застрахованими особами за цими Правилами можуть бути особи незалежно від країни громадянства, які на період дії Договору страхування повинні проживати на території України. Вік Застрахованої особи на день закінчення строку страхування не повинен перевищувати **70** років.
- 1.7. До обсягу страхової відповідальності Страховика за Договором страхування (Полісом) не включаються зобов’язання за договорами обов’язкового медичного страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов’язані із здоров’ям та працездатністю Застрахованої особи, що виникають у разі захворювання Страхувальника або Застрахованої особи, внаслідок чого він звернувся до медичних закладів, що знаходяться у договірних стосунках із Страховиком, з метою одержання медичної допомоги.
- 2.2. Загальний (але не обмежений) перелік медичної допомоги, вартість якої оплачується Страховиком в залежності від умов Договору страхування:
- 2.2.1. діагностика захворювань;
 - 2.2.2. консультативна медична допомога;
 - 2.2.3. поліклінічне обстеження та лікування;
 - 2.2.4. стаціонарне лікування та організація стаціонару вдома у Застрахованої особи;
 - 2.2.5. швидка медична допомога;
 - 2.2.6. невідкладна медична допомога та госпіталізація;
 - 2.2.7. диспансеризація;
 - 2.2.8. лікувальна гімнастика, лікувальний масаж;
 - 2.2.9. забезпечення ліками;

- 2.2.10. обстеження з метою виявлення професійних захворювань;
- 2.2.11. санаторно-курортне лікування (за призначенням лікаря, як продовження амбулаторно-поліклінічного або стаціонарного лікування);
- 2.2.12. проведення щеплення;
- 2.2.13. стоматологічна допомога, протезування, ортодонція;
- 2.2.14. хірургічні операції.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ВНЕСОК

- 3.1. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування, або у випадках, передбачених законом.
- 3.2. У Договорі страхування можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, страховими випадками або страховими медичними програмами.
- 3.3. Страхова сума по Договору страхування розраховується як сума лімітів відповідальності по кожній Програмі страхування, які визначені Договором страхування.
- 3.4. Страхова сума за Договором страхування встановлюється для кожної Застрахованої особи при укладенні Договору страхування.
- 3.5. Відповідальність Страховика за цими Правилами не може перевищувати страхової суми та лімітів відповідальності, вказаних у Договорі страхування.
- 3.6. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Розмір страхового тарифу визначається у Договорі страхування за згодою Сторін.
- 3.7. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику по Договору страхування страховий платіж (страхову премію, внесок), розмір якого встановлюється згідно з тарифами Страховика, з урахуванням результатів оцінки імовірності настання страхового випадку для конкретного ризику. Базові річні страхові тарифи наведені у Додатку № 2 до цих Правил. Страховий платіж сплачується Страхувальником у розмірі та порядку, встановленому у Договорі страхування.
- 3.8. Страховий платіж за Договором страхування може бути сплачений одноразово за весь період його дії або частками у порядку, обумовленому в Договорі страхування.
- 3.9. Страхувальник має право сплачувати страховий платіж готівкою або безготівковим перерахуванням в валюті України, а Страхувальник-нерезидент – іноземною вільно конвертованою валютою або валютою України згідно з чинним законодавством України.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

- 4.1. За умовами цих Правил страховим ризиком є захворювання Застрахованої особи, а також ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку та професійного захворювання, та загострення хронічного захворювання, якщо це прямо передбачено Договором страхування.
- 4.2. Страховим випадком є факт отримання Застрахованою особою в медичних установах, передбачених Договором страхування або погоджених зі Страховиком (враховуючи випадки отримання медичної допомоги при зверненні до Асистуючої компанії), медичної допомоги (послуг) у межах переліку та обсягах, передбачених Договором страхування, а також отримання необхідних медикаментів та матеріалів, що призначені лікуючим лікарем, з приводу захворювання, та (або) загострення хронічного захворювання, та (або) нещасного випадку.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Якщо інше прямо не визначено Договором страхування Страховик не оплачує вартість:

5.1.1. Медичної допомоги, наданої з приводу будь-якого захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань, якщо це прямо передбачено Договором страхування;

5.1.2. Медичної допомоги, наданої з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами (як-то: туберкульоз, цукровий діабет, педіатрична допомога в перші три роки після народження дитини (патронаж, щеплення і т.і.)), якщо інше прямо не передбачено Договором страхування;

5.1.3. Будь-якого лікування, необхідність отримання якого безпосередньо чи опосередковано пов'язана з вагітністю, пологами чи народженням дитини, якщо інше прямо не передбачено Договором страхування;

5.1.4. Будь-якої медичної допомоги, що безпосередньо чи опосередковано пов'язана з чоловічим чи жіночим безпліддям чи регулюванням народжуваності, штучним заплідненням;

5.1.5. Лікування будь-яких вроджених вад чи дефектів;

5.1.6. Будь-яких операцій чи лікування, що незавершені чи очікуються до початку чинності Договору страхування, якщо інше прямо не передбачено Договором страхування;

5.1.7. Лікування в профілакторіях та санаторіях, крім випадків, коли санаторно-курортне лікування передбачене Договором страхування;

5.1.8. Лікування алкоголізму, наркотичної залежності, токсикоманії або іншого стану залежності, будь-якого виду, а також лікування будь-яких захворювань чи травм, що безпосередньо чи опосередковано спричинені станом такої залежності, вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, або які прямо чи опосередковано є наслідком алкогольного чи наркотичного сп'яніння;

5.1.9. Медичної допомоги, наданої в зв'язку із психічними чи нервовими захворюваннями, якщо інше прямо не передбачено в Договорі страхування;

5.1.10. Стоматологічної допомоги, за винятком випадків, коли в Договорі страхування прямо передбачено надання стоматологічної допомоги;

5.1.11. Стоматологічної допомоги наданої медичною установою, не узгодженою із Страховиком, якщо інше не передбачено Договором страхування;

5.1.12. Медичної допомоги, необхідність надання якої настала в зв'язку із самогубством чи спробою самогубства, навмисного спричинення собі тілесних ушкоджень;

5.1.13. Лікування та діагностики дерматологічних, венеричних захворювань, чи захворювань, які передаються статевим шляхом, якщо інше не передбачено в Договорі страхування;

5.1.14. Проведення косметичних операцій та лікування наслідків будь-яких косметичних операцій, якщо інше не передбачено в Договорі страхування;

5.1.15. Медичної допомоги (послуг), яка пов'язана з:

5.1.15.1. Війною, вторгненням, діями іноземних агресорів, (незалежно від того, була оголошена війна, чи ні), громадянською війною, бунтом, революцією, заколотом, узурпацією владою, повстаннями, порушенням громадського порядку, страйком, військовим станом або станом облоги, спробою повалення уряду, будь-яким терористичним актом, крім випадків, коли Застрахована особа, яка зазнала тілесного ушкодження, визнана жертвою, в порядку, визначеному законодавством України;

5.1.15.2. Дією іонізуючого випромінювання, спричиненою будь-якими радіоактивними матеріалами, хімічним забрудненням територій та ліквідацією наслідків хімічного забруднен-

ня;

5.1.16. Поточного медичного обстеження, диспансеризації чи профілактичних заходів, у тому числі – щеплення, якщо інше не передбачено Договором страхування;

5.1.17. Лікування інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення;

5.1.18. Альтернативної медицини (іглорефлексотерапія, мануальна терапія, гіпноз і т.і.), окрім гомеопатичного лікування, якщо це передбачено Договором страхування;

5.1.19. Реабілітації, окрім випадків необхідної реабілітації після стаціонарного лікування гострих захворювань протягом періоду, що не перевищує 14 (чотирнадцять) днів, якщо інше не передбачено Договором страхування;

5.1.20. Лікування захворювань, у тому числі травм, набутих в результаті професійного заняття спортом, альпінізмом, будь-яких перегонів, спортивних змагань, катанні на лижах, ковзанах, і т.і.;

5.1.21. Лікування захворювань, у тому числі травм, набутих під час служби у Збройних силах чи правоохоронних органах, якщо інше прямо не передбачено Договором страхування;

5.1.22. Медичної допомоги (послуг) та медичних препаратів, які не були призначені лікарем;

5.1.23. Лікування у медичному закладі, що не погоджений зі Страховиком, якщо інше не передбачено Договором страхування;

5.1.24. У Договорі страхування можуть бути передбачені інші (додаткові) обмеження страхування, що не протирічать цим Правилам та положенням чинного законодавства України.

5.2. Якщо інше не встановлено Договором страхування, не вважається страховим випадком надання медичної допомоги при розладі здоров'я, пов'язаного з такими захворюваннями (або їх ускладненнями):

5.2.1. Психічні захворювання та їх ускладнення;

5.2.2. Різні травми та соматичні захворювання, що виникли у зв'язку з захворюваннями психічної природи;

5.2.3. Захворювання, причиною яких сталося зловживання алкоголем, наркотичними або токсичними речовинами;

5.2.4. Саркоїдоз та муковісцедоз, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

5.2.5. Онкологічні захворювання;

5.2.6. Захворювання крові;

5.2.7. Системні захворювання з'єднувальної тканини;

5.2.8. Хронічна ниркова недостатність, що вимагає проведення гемодіалізу;

5.2.9. Хронічний гепатит, цироз;

5.2.10. Спадкові захворювання;

5.2.11. Уроджені аномалії та пороки;

5.2.12. Псоріаз, нейродерміти, екземи;

5.2.13. Усі види грибкових захворювань;

5.2.14. Венеричні захворювання;

5.2.15. Гострі та хронічні променеві ураження;

5.2.16. Травми, опіки, отруєння, отримані Застрахованою особою у стані або у результаті алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;

5.2.17. Травми, отримані Застрахованою особою у зв'язку з управлінням транспортним засобом без відповідного права, а також передачею управління транспортним засобом особі, що знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або особі, що не має відповідного права управління транспортним засобом;

5.2.18. Травми, отруєння, опіки, отримані Застрахованою особою у результаті замаху на самогубство або навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку.

5.3. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Застрахована особа без погодження із Страховиком:

5.3.1. Здійснювала лікування або діагностику, що не призначено лікарем;

5.3.2. Здійснювала лікування або користувалась послугами або товарами, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;

5.3.3. Здійснювала лікування, що є за характером експериментальним або дослідним.

5.4. За вирішення питань щодо призначення і фінансування приписів лікаря, що виходять за межі Програми страхування, передбаченої Договором страхування, Страховик відповідальності не несе.

5.5. Частина вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхування страхову суму, Страховик не оплачує.

6. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на строк, що визначається за згодою між Страховиком та Страхувальником, як правило – на один рік, якщо інше ним не передбачено, і може бути подовжений за взаємною згодою сторін.

6.2. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, до Заяви додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

6.3. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою), та інші документи, необхідні для оцінки Страховиком страхового ризику.

6.4. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної сторони.

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

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

6.7. Договір страхування діє на території України, якщо інше не визначено в Договорі страхування.

6.8. Договір страхування зі Страхувальником-юридичною особою може укладатись на підставі колективного договору, трудового договору, рішення зборів трудового колективу і т.і.

6.9. На вимогу Страховика особа, яка має бути застрахованою, повинна пройти попередній медичний огляд в зазначеному Страховиком медичному закладі (певного лікаря) або у певного працівника Страхувальника, що має відповідний досвід та компетенцію.

6.10. У разі подання дієздатною фізичною особою або юридичною особою, що бажає виступити Страхувальником, невірогідних або свідомо неправдивих даних Страховик може відмовити в укладенні Договору.

6.11. Дієздатна фізична особа або юридична особа, що бажає виступити Страхувальником, на прохання Страховика повідомляє дані про стан здоров'я осіб, які приймаються на страхування, та інші дані, необхідні Страховикові для визначення умов Договору страхування, в т.ч. для вибору медичних закладів та асистуючих організацій, через які буде надаватися медична допомога.

6.12. Дані про дієздатну фізичну особу або юридичну особу, що бажає виступити Страхувальником та про осіб, які приймаються на страхування (Застрахованих осіб), повинні бути підтвержені підписом (для юридичних осіб – з печаткою) особи, що бажає виступити Страхувальником.

6.13. Якщо Страхувальник юридична особа - до Договору страхування додається список

осіб, які приймаються на страхування, з зазначенням розміру страхової суми для кожної особи. Список, засвідчений підписом керівника і печаткою, є невід'ємною частиною Договору страхування.

6.14. При укладанні Договору страхування групи осіб (за їх згодою) страхуванню підлягають особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту) з Страхувальником та на інших підставах, передбачених законодавством про працю. Застрахованою вважається особа з моменту укладання трудового договору (контракту) з Страхувальником або з моменту підписання колективного договору Страхувальника.

6.15. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) Договору страхування (Полісу страхування) Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи) видає дублікат Договору страхування (Полісу страхування). Після видачі дублікату втрачений Договір страхування (Поліс страхування) вважається недійсним. У разі повторної втрати Полісу страхування протягом дії Договору страхування Страхувальник сплачує Страховикові грошову суму у розмірі вартості виготовлення Полісу страхування.

6.16. При укладанні Договору страхування (Полісу страхування) Страхувальником сплачується страховий платіж, що обчислюється шляхом множення страхової суми за Договором страхування (Полісом страхування) на страховий тариф, який визначається в залежності від обраної Страхувальником Програми медичного страхування, строку страхування, результатів попереднього медичного огляду або іншого документу (за рішенням Страховика) про стан здоров'я Застрахованої особи (які дають можливість визначити стан здоров'я) та інших умов, визначених Договором страхування (Полісом страхування).

6.17. Попередній медичний огляд особи, яка має бути застрахованою, здійснюється довіреним лікарем Страховика або медичним закладом за погодженням сторін Договору страхування (Полісу страхування).

6.18. У Договорі страхування (Полісі страхування) може бути передбачено застосування франшизи. Розмір франшизи визначається за згодою Сторін при укладанні Договору страхування у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

7.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

7.1.1. На оплату вартості платної медичної допомоги (послуги), яка була отримана Страхувальником (Застрахованою особою) в межах відповідних лімітів та страхових сум згідно з умовами Договору страхування;

7.1.2. Здійснювати контроль за виконанням умов Договору страхування;

7.1.3. Вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та надання медичної допомоги (послуг), передбачених Договором страхування у відповідності до його умов;

7.1.4. У період дії Договору страхування збільшити розмір страхової суми, при цьому, необхідно укласти з Страховиком додаткову угоду або новий Договір страхування та сплатити відповідну страхову премію або додатковий платіж;

7.1.5. Застрахувати додаткову кількість осіб або припинити дію Договору страхування стосовно частини Застрахованих осіб. Строк дії Договору страхування стосовно додатково Застрахованих осіб не може бути довшим загального строку дії Договору страхування. Страхова премія, при цьому, розраховується та сплачується за період страхування додатково Застрахованих осіб;

7.1.6. Достроково припинити дію Договору страхування згідно з умовами Договору страхування;

7.1.7. Вимагати від Страховика дотримуватись конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору страхування;

7.1.8. При втраті Договору страхування (страхового полісу) одержати його дублікат на підставі письмового звернення до Страховика;

7.1.9. Інші права, визначені в Договорі страхування.

7.2. Застрахована особа має право отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичної допомоги (послуг).

7.3. Страховик має право:

7.3.1. Достроково припинити дію Договору страхування, згідно з умовами Договору страхування;

7.3.2. Робити запити в уповноважені органи відносно причин, обставин та характеру страхового випадку, перевіряти повідомлену Страхувальником інформацію;

7.3.3. Перевіряти отриману від Страхувальника та Застрахованої особи інформацію, а також виконання ними умов Договору страхування;

7.3.4. До укладання Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження та документи, що підтверджують стан здоров'я особи за даними, що наявні у Страховика та за результатами медичного обстеження;

7.3.5. Відмовити в укладанні Договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження;

7.3.6. Достроково припинити або зупинити Договір страхування згідно з умовами Договору страхування;

7.3.7. Відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник (Застрахована особа) порушив умови Договору страхування та в інших випадках, обумовлених Договором страхування та чинним законодавством України;

7.3.8. Достроково припинити Договір страхування у випадках передбачених законодавством України, умовами Договору страхування, а також виявлення недостовірної інформації у раніше заповненій анкеті про стан здоров'я Застрахованої особи, або якщо Страхувальник (Застрахована особа) не виконав обов'язків, передбачених Договором страхування;

7.3.9. Проводити страхування за програмами, що розроблені в межах цих Правил, а також таких, що можуть додатково розроблятися Страховиком, якщо положення цих програм не мають принципових розбіжностей з основними положеннями цих Правил і не суперечать чинному законодавству України;

7.3.10. Виставляти зворотні вимоги до Страхувальника на суму сплачених Страховиком страхових сум, якщо вони не підлягали сплаті згідно з умовами Договору страхування;

7.3.11. Інші права, визначені в Договорі страхування.

7.4. Страхувальник зобов'язаний:

7.4.1. Своєчасно сплатити страховий платіж (страхові платежі) згідно з умовами Договору страхування;

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

7.4.3. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;

7.4.4. Виконувати рекомендації та розпорядження Страховика, якщо це передбачено Договором страхування;

7.4.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа;

7.4.6. Надавати Страховику необхідну достовірну інформацію про Застрахованих осіб;

7.4.7. Доплатити додаткову страхову премію у випадку збільшення страхової суми;

7.4.8. Вживати заходи щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

7.4.9. Сплатити зворотні вимоги Страховика протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту отримання рахунку (по телексу, телефаксу, замовленим або простим відправленням, з нарочним) щодо здійснених страхових виплат, якщо буде з'ясовано (у тому числі і після припинення дії Договору страхування), що Страхувальник (Застрахована особа) не мав (мала)

- права на страхове відшкодування відповідно до умов Договору страхування;
- 7.4.10. Дотримувати розпоряджень лікаря, отриманих у ході надання медичної допомоги, дотримувати розпорядок, встановлений медичною установою;
- 7.4.11. Забезпечити збереження страхових документів та не передавати їх іншим особам;
- 7.4.12. При втраті Договору страхування (страхового полісу), негайно повідомити про це Страховика для отримання дублікату;
- 7.4.13. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.
- 7.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші обов'язки Застрахованої особи.
- 7.6. Страховик зобов'язаний:**
- 7.6.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та умовами страхування;
- 7.6.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі або медичному закладу);
- 7.6.3. Після одержання усіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначити розмір страхової виплати;
- 7.6.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк;
- 7.6.5. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;
- 7.6.6. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;
- 7.6.7. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законом;
- 7.6.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 7.7. Якщо Застрахована особа-неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені цими Правилами та Договором страхування здійснюють її батьки або опікуни.

8. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 8.1. У разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку Застрахована особа повинна негайно, але не пізніше 48 (сорока восьми) годин звернутися до Страховика (повноважного представника Страховика, що визначений в Договорі страхування) та медичної установи, що визначена в Договорі страхування, та:
- 8.1.1. Вказати повністю своє ім'я, прізвище, номер та строк дії Договору страхування або іншого документу, що підтверджує факт його укладання;
- 8.1.2. Своє місцезнаходження (для фізичної особи – місце фактичного проживання), контактні телефони;
- 8.1.3. Докладний опис скарг на здоров'я.
- 8.2. Страховик (або асистуюча компанія) фіксує факт звернення Застрахованої особи з повідомленням про захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасний випадок.
- 8.3. Оплата вартості наданих Застрахованій особі медичної допомоги (послуг), що передбачені Договором страхування, здійснюються Страховиком на підставі наданих медичними установами рахунків та інших необхідних для виплати документів, що визначені Договором страхування.
- 8.4. Застрахована особа за вимогою Страховика зобов'язана після закінчення лікування пройти медичне обстеження.
- 8.5. Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку дає право Страховику відмовити у страховій виплаті.
- 8.6. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) не має можливості повідомити Страховика

про страховий випадок з об'єктивних причин (як-то перебування у стані непритомності, амнезії, тощо), Страховик не має права відмовити у виплаті, якщо після припинення цих обставин Страхувальник (застрахована особа) повідомила Страховика про страховий випадок протягом строку, визначеного у пункті 8.1. цих Правил.

9. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

9.1. Документами, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат є: рахунки медичної установи, медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, який надав Застрахованій особі медичні послуги, передбачені Договором страхування.

9.2. У разі необхідності з'ясування обставин страхового випадку або у разі виникнення сумнівів щодо обставин страхового випадку, Страховик має право на одержання додаткових документів від Страхувальника (Застрахованої особи) або інших уповноважених органів, в порядку, визначеному законодавством України.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

10.1. Страхова виплата проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі документів, що підтверджують настання страхового випадку, і страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

10.2. У разі настання страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати медичній установі (за згодою Застрахованої особи) вартості наданих Застрахованій особі медичної допомоги (послуг) в межах страхової суми або ліміту відповідальності, визначених Договором страхування.

10.3. Страховик чи його представник має право отримувати будь-яку інформацію медичного характеру про Застраховану особу від будь-якого лікаря чи медичної установи та право медичного обстеження Застрахованої особи.

10.4. За попереднім погодженням зі Страховиком медичної установи та повідомленням про страховий випадок, Страхувальник може отримати медичну допомогу в медичній установі, що не передбачена Договором страхування або зазначеною у Договорі страхування, але з якою у Страховика не має договірних відносин. Для отримання страхового відшкодування Заява та документи на відшкодування медичних послуг мають бути надані Страховику протягом п'ятнадцяти календарних днів з моменту оплати медичних послуг Застрахованою особою. При цьому, для здійснення страхової виплати, після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику:

10.4.1. Заяву про виплату;

10.4.2. Рахунки медичного закладу та фармацевтичних установ;

10.4.3. Оригіналу довідки з медичної установи з вказівкою діагнозу захворювання та тривалості лікування;

10.4.4. Оригіналів документів, що підтверджують оплату медичних послуг, призначених лікарем та наданих у зв'язку з цим захворюванням, з додатком виписаних рецептів;

10.4.5. інші документи, що підтверджують настання страхового випадку, визначені цими Правилами та Договором страхування.

10.5. Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, згідно з рахунками медичних та фармацевтичних установ у межах страхової суми та лімітів відповідальності.

10.6. У разі оплати Застрахованою особою самостійно медичної допомоги (послуг) та медикаментів, вона повинна надати документи, що підтверджують таку оплату (товарні чеки, касові чеки).

10.7. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше одного місяця з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, і повідомляється в письмовій формі з мотивованим обґрунтуванням причин відмови протягом 10 днів з моменту прийняття такого рішення.

10.8. Рішення про виплату приймається Страховиком у термін не більше десяти робочих днів з дня отримання документів (останнього документу), що підтверджують факт настання страхового випадку. Виплата здійснюється Страховиком:

10.8.1. Страхувальнику (Застрахованій особі) протягом п'ятнадцяти календарних днів з дня прийняття рішення про виплату;

10.8.2. Медичній установі (за згодою Застрахованої особи) у порядку і в терміни, передбачені договором про співробітництво між Страховиком та медичною установою.

10.9. Загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

10.10. Відшкодування медичних послуг Страховиком здійснюється після перевірки всіх представлених документів. Страховик має право перевірки всіх документів аж до проведення фахівцями медичного обстеження Страхувальника (Застрахованої особи). З цією метою на вимогу Страховика Застрахована особа повинна пройти спеціальне обстеження у лікаря, який визначається Страховиком. Застрахована особа звільняє лікаря, що його обстежує, від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком.

11. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Страховик має право відмовити повністю або частково у здійсненні страхової виплати у випадках, коли Страхувальник (Застрахована особа):

11.1.1. Здійснив 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, честі, гідності, та ділової репутації. Кваліфікація дій страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.1.2. Вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

11.1.3. Подав свідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування;

11.1.4. Не надав документи та відомості, необхідні для встановлення причин страхового випадку та розміру витрат;

11.1.5. Повідомив неправдиві відомості про настання страхового випадку, чинив перешкоди в розслідуванні причин страхового випадку та в визначенні розміру витрат;

11.1.6. Несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних причин;

11.1.7. В інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

12.2. Рішення про відмову у виплаті страхового відшкодування з причин, передбачених умовами Договору страхування та законодавства України, надсилається Страхувальникові (Застрахованій особі) у письмовому вигляді не пізніше п'ятнадцяти днів з моменту надання всіх документів необхідних для розгляду заяви про страховий випадок.

12. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

12.1.1. Закінчення строку дії;

12.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

12.1.3. 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 десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

12.1.4. Смерті Застрахованої особи. Якщо Договір страхування укладено на декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

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

12.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

12.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

12.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

12.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за тридцять календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

12.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактично здійснених виплат за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

12.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за чинним Договором страхування.

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

12.6. При припиненні Договору страхування стосовно частини Застрахованих осіб, Страхувальник письмово повідомляє про це Страховика. У цьому випадку Страховик повертає Страхувальникові страхову премію за період, що залишився до закінчення Договору страхування стосовно цих осіб, за мінусом нормативних видатків на ведення справи визначених в розрахунку страхових тарифів, та здійснених страхових виплат. Договір страхування стосовно цих осіб припиняється з моменту отримання Страховиком письмової заяви Страхувальника.

13. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

13.1. Страхові тарифи при добровільній формі страхування обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

13.2. Розміри страхових тарифів приведені у Додатку № 2 до цих Правил.

13.3. Страховий платіж сплачується у строки та в порядку, які визначені Договором страхування.

14. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладення у випадках, передбачених цивільним та господарським законодавством України.

14.2. Крім того, відповідно до законодавства України Договір страхування визнається недійсним також у разі коли його укладено після настання страхового випадку.

14.3. Договір страхування визнається недійсним в порядку, визначеному чинним законодавством України.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Усі спори між Страховиком та Страхувальником вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються у письмовій формі, у вигляді додаткової угоди до Договору страхування, за взаємним письмовим погодженням між Страховиком та Страхувальником.

СТРАХОВІ МЕДИЧНІ ПРОГРАМИ

01. 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, стаціонарі вдома з оплатою вартості ліків після закінчення повного курсу амбулаторного лікування, лікуванні в денному стаціонарі та стаціонару вдома.

Програма включає в межах страхової суми (та лімітів відповідальності): надання та оплату висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договори про співробітництво та іншими, які погоджені зі страховиком: проведення в повному обсязі лабораторних, інструментальних і функціональних досліджень, тощо;

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

- динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії договору страхування згідно додатку до Договору страхування; надання допомоги на дому; хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

- виклик сімейного лікаря по місцю проживання хворого;

- видача лікарняних листів, необхідних довідок, висновків.

- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами при амбулаторно-поліклінічному лікуванню.

02. Програма “Стаціонарна допомога”.

Програма гарантує надання та оплату в межах лімітів, передбачених в Договорі Страхування, вартості стаціонарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, в відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється після отримання направлення лікаря та невідкладно у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, оплата вартості харчування.

03. Програма “Невідкладна медична допомога (включаючи евакуацію та транспортування)”.

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги, яка здійснюється виїзними загальнопрофільними бригадами спеціалістів та спеціалізованими бригадами (кардіологічними, неврологічними та іншими) швидкої допомоги.

04. Програма “Поточна та невідкладна стоматологічна допомога”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування спеціалізованої поточної (терапевтичної) та цілодобової невідкладної (хірургічної) стоматологічної допомоги.

05. Програма “Комплексна медична допомога, але за винятком профілактичних обстежень, диспансеризації та реабілітації”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, згідно з вибраними програмами.

06. Програма “Сімейний поліс”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування застрахованим членам сім’ї згідно з вибраними програмами.

07. Програма “Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, яка здійснювалася після перенесених гострих захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, наслідки черепно-мозкових травм та травм кінцівок і т.і.) як продовження лікування у стаціонарі протягом періоду, оговореного Договором страхування.

08. Програма “Профілактичне обстеження та диспансеризація”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, а саме: проведення в повному обсязі лабораторних, функціональних та інструментальних методів обстеження та комплексного диспансерного обслуговування.

09. Програма “Нетрадиційна медицина”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, а саме: проведення діагностичних тестів за нетрадиційними методами та лікування включаючи гомеопатичне, гомотоксигологічне лікування, лікування харчовими добавками, лікування в центрах нетрадиційної медицини.

10. Програма “Профілактична медицина”.

Програма гарантує надання та оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, а саме: вакцинацію проти грипу, вірусного гепатиту А, В, С, дифтерії, сказу та інші; забезпечення вітамінами та імуномодуляторами, проведення імунодіагностики.

Конкретний обсяг послуг за страховими медичними програмами, та ліміти відповідальності вказуються в Договорі страхування.

Додаток 2
до Правил добровільного
медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Умови страхування	Річні страхові тарифи, % від страхової суми
Амбулаторно-поліклінічна допомога	2,5
Стационарна допомога	2,5
Невідкладна медична допомога (включаючи евакуацію та транспортування)	1,5
Поточна та невідкладна стоматологічна допомога	5
Комплексна медична допомога, але за винятком профілактичних обстежень, диспансеризації та реабілітації	4,5
Сімейний поліс	3,5
Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування	2,5
Профілактичне обстеження та диспансеризація	1,5
Нетрадиційна медицина	2
Профілактична медицина	2,5

Для страхової суми “S” при застосуванні франшизи “f” в абсолютному розмірі страховий тариф “T” зменшується пропорційно зменшенню величини відповідальності Страховика та складає $(S - f) / S * T$. Для страхової суми “S” при застосуванні франшизи “f” у відсотках від страхової суми страховий тариф “T” зменшується пропорційно зменшенню величини відповідальності Страховика та складає $(100 - f) / 100 * T$.

При визначенні Страховиком розміру страхового тарифу, в залежності від наявності необумовлених факторів ризику, при укладенні Договору страхування можуть застосовуватись корегуючі коефіцієнти від **0,3** до **3,0**, з урахуванням яких Страховик укладає зі Страхувальником Договір страхування певного ризику.

Нормативні витрати на ведення справи складають 30%.

Актуарій
Сертифікат №03-002

_____/Карташов Ю.М./



Пронумеровано та пронумеровано

20 (двадцять) аркушів

Голова Правління
Шарвадзе Н.З.



Державна комісія з регулювання фінансових послуг України
ЗАРЕЄСТРОВАНО

Підпис: *Шарвадзе Н.З.*

Дата: *16.03.2010р.*

Реєстраційний номер: 0310200