

Голова Правління
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "БРОКБІЗНЕС"

В.М.Загребной



23.10

ПРАВИЛА **добровільного медичного страхування** **(безперервного страхування здоров'я)** **(нова редакція)**

Код Правил - 008

23 березня 2010 р.

м. Київ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНІВ

1.1. Асистанський центр Страховика (надалі – Асистанський центр) – цілодобова служба, створена для надання Застрахованим особам лікарями-координаторами Страховика консультативної, інформаційної та організаційної допомоги, пов'язаної з Медичними послугами, які мають бути надані цим особам, відповідно до умов Договору, а також для здійснення контролю за послугами, наданими Застрахованим особам згідно умов Договору.

1.2. Асистанська компанія - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Застрахованої особи під час настання подій, передбачених Договором, а також організовує надання послуг Застрахованій особі в разі настання Страхового випадку.

1.3. Базовий медичний заклад (Базова аптека) - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, та з яким Страховиком укладено угоду щодо надання Медичних послуг Застрахованим особам.

1.4. Вигодонабувач - особа (фізична особа або юридична особа), що призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи, для отримання Страхової виплати.

1.5. 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 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.

1.6. Застраховані особи - фізичні особи, про страхування яких укладено Договір.

1.7. Здоров'я - стан повного фізичного благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів (згідно Основ законодавства про охорону здоров'я).

1.8. Картка Застрахованої особи – документ, складений за формою, визначеною Страховиком, та згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи в Базовому медичному закладі (Базовій аптеці).

1.9. Клас обслуговування - відповідний рівень послуг та сервісу, що надається Застрахованій особі у медичних закладах, визначених Програмою страхування, та який передбачено умовами Договору страхування.

1.10. Компетентні установи:

1.10.1. державні установи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків Страхових випадків, встановлення причин та обставин настання Страхових випадків, оцінка їх наслідків, а також надання офіційних роз'яснень щодо питань, що стосуються обставин настання Страхового випадку;

1.10.2. юридичні особи, що мають відповідні повноваження, до яких може звертатися Страховик або Страхувальник для вирішення спорів та інших питань, що впливають із Договору страхування.

Компетентними установами вважаються: правоохоронні органи, медичні установи, суди тощо.

1.11. Ліміт страхових виплат (ліміт) – максимальний обсяг зобов'язань Страховика, встановлений за окремими Програмами страхування (видами медичних послуг) для конкретної Застрахованої особи.

1.12. Медичні (лікувальні) послуги - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також, якщо це передбачено умовами Договору, надання медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для лікування Застрахованої особи.

1.13. Невідкладна медична допомога (далі - Невідкладна допомога) - комплекс Медичних послуг, які надаються Застрахованій особі при її патологічному стані, що,

незалежно від ступеня важкості, вимагає негайної діагностики та лікування. При цьому розрізняються три основні форми таких станів:

- 1.13.1.** є безпосередня загроза життю, що без своєчасної медичної допомоги може привести до смертельного наслідку;
- 1.13.2.** немає безпосередньої загрози життю, але, виходячи з патологічного стану хворого, цей момент може настати в будь-який час;
- 1.13.3.** немає безпосередньої загрози життю, але неподання своєчасної допомоги може спричинити організму чи окремим органам Застрахованої особи стійких необоротних змін.

1.14. Невідкладний стаціонар – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із загальним станом організму цієї особи, що загрожує життю, або порушенням функціонування її окремих систем та органів, що потребує стаціонарного лікування.

1.15. Планова медична допомога - комплекс Медичних послуг, які надаються Застрахованій особі за умов, коли немає безпосередньої загрози життю і здоров'ю, але необхідні певні дії щодо поліпшення стану Застрахованої особи.

1.16. Плановий стаціонар – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку з порушенням окремих функцій її органів та систем, що не потребують негайного надання допомоги за життєвими показниками.

1.17. Програма добровільного медичного страхування (далі - Програма страхування) – перелік медичних, медико-транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором та вартість яких відшкодовується Страховиком. Базові програми страхування наведені в Додатку 2 до цих Правил.

1.18. Розлад здоров'я Застрахованої особи – стан фізичного неблагополуччя Застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

1.19. Сторони договору страхування - Страховик та Страхувальник при сумісному вживанні в тексті Правил (далі - Сторони).

1.20. Страховик – Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "БРОКБІЗНЕС".

1.21. Страхувальник - юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

1.22. Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальнику, застрахованій або іншій третій особі.

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

Розмір Страхової суми визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору або внесення змін до умов Договору.

1.24. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні Страхового випадку.

1.25. Страховий платіж - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором.

1.26. Страховий тариф - ставка Страхового платежу з одиниці Страхової суми за визначений період страхування.

1.27. Страховий поліс (сертифікат, свідоцтво) - документ, який видається Страховиком Страхувальнику, містить умови Договору, посвідчує факт укладання та є формою Договору.

1.28. Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується страховиком згідно з договором страхування.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), далі – **Правила**, розроблені відповідно до Закону України “Про страхування” та інших законодавчих і нормативних актів України, що регулюють правовідносини в галузі страхування.

2.2. Згідно з діючою Ліцензією на право здійснення страхової діяльності, отриманою у встановленому порядку, а також, відповідно до умов цих Правил, Страховик здійснює добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я).

2.3. Страхувальник може укладати договори зі Страховиком про страхування власного здоров'я, а також про страхування здоров'я третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством.

2.4. У разі укладання Договору щодо неповнолітніх осіб, необхідна письмова згода їх батьків або опікунів.

2.5. Страхувальники мають право при укладанні Договорів страхування призначати, за згодою Застрахованої особи, фізичних осіб або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання Страхових виплат, а також змінювати їх до настання Страхового випадку, якщо інше не передбачено умовами Договору.

2.6. За даними Правилами Застрахованими особами можуть бути фізичні особи, які на дату укладення Договору мають вік до 65 років і на законних підставах проживають (перебувають) на території України, якщо інше не передбачено умовами Договору.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

4.1. Розмір Страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником.

4.1.1. Страхова сума може бути встановлена за однією або кількома Програмами страхування, для конкретних Застрахованих осіб, за Договором страхування в цілому.

4.1.2. Договором страхування також може бути встановлено Ліміт страхових виплат для конкретної Застрахованої особи.

4.2. Зміна розміру Страхової суми щодо конкретної Застрахованої особи проводиться за письмовою заявою Страхувальника.

4.3. Страхувальник, згідно з умовами Договору, сплачує Страховику суми Страхових платежів, розмір яких обчислюється на підставі Базових страхових тарифів, наведених в Додатку 1 до цих Правил, з урахуванням переліку Медичних послуг, передбачених обраною Програмою страхування, Класу обслуговування, строку дії Договору, кількості осіб, що підлягають страхуванню, а також інших умов, передбачених Договором.

4.5. Порядок (одноразово або частинами) та форма сплати (готівкою, або шляхом безготівкового розрахунку) Страхового платежу визначаються у Договорі.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

5.1. Страховим ризиком є виникнення під час дії Договору Розладу здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй Медичних послуг.

5.2. Страховим випадком є мотивоване звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до Страховика, медичного закладу або аптеки, передбачених умовами Договору страхування (при наявності Розладу стану здоров'я, пов'язаного з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку) з метою одержання Медичних послуг у межах та в обсязі Програм страхування, передбачених умовами Договору.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховик звільняється від Страхової виплати, якщо Медичні послуги були надані Застрахованій особі внаслідок:

6.1.1. вживання алкогольних, наркотичних або токсичних речовин та отруєння етанолом, алкогольвміщуючими напоями, сильнодіючими наркотичними лікарськими препаратами, без призначення лікаря;

епідемії, при введенні комплексу карантинних заходів (крім епідемії сезонного грипу);

6.1.2. спроби скоєння або скоєння Застрахованою особою дій, за які передбачена кримінальна відповідальність згідно з законодавством України;

6.1.3. навмисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, спроб самогубства Застрахованої особи, якщо це доведено у встановленому чинним законодавством порядку;

6.1.4. самолікування або при лікуванні особою, яка не має відповідної медичної освіти та Ліцензії;

6.1.5. придбання Застрахованою особою препаратів без лікарського призначення, а також придбаних поза межами аптечної мережі України та не зареєстрованих в Україні медикаментів;

6.1.6. порушення Застрахованою особою лікувального режиму та недотримання рекомендацій лікаря;

6.1.7. дублювання досліджень за конкретним захворюванням, крім випадку, коли ці дослідження проводяться за призначенням незалежного консультанта після альтернативної консультації;

6.1.8. отримання Застрахованою особою Медичних послуг без погодження з лікарем-координатором Асистанського центру (крім послуг Невідкладної допомоги).

6.2. Страховик не визнає страховими випадками, ЯКЩО ІНШЕ НЕ ПЕРЕДБАЧЕНЕ в договорі страхування:

6.2.1. отримання Медичних послуг особою, не зазначеною у Договорі;

6.2.2. надання послуг з транспортування Застрахованої особи, окрім випадків надання послуг Невідкладного стаціонару або транспортування зі стаціонару в стаціонар;

6.2.3. проведення вдома діагностичних та лікувальних заходів, призначених в плановому порядку, при відсутності медичних показань щодо дотримання постільного режиму;

6.2.4. необґрунтований виклик бригади невідкладної допомоги (в т.ч. виклик через нежить, абстинентний синдром або за неіснуючою адресою тощо);

6.2.5. лікування абстинентного синдрому алкогольного чи наркотичного генезу;

6.2.6. обстеження та оформлення довідок для посвідчення водіїв, придбання та носіння зброї, для проходження медико-соціальної експертної комісії, для реєстрації місця проживання, санаторно-курортної карти, в басейн, в дошкільні дитячі установи, школи, ВУЗ;

6.2.7. профілактичний огляд та профілактичне та реабілітаційне лікування (медикаментозне, санаторно-курортне тощо);

6.2.8. експериментальне лікування та еферентна/екстракорпоральна терапія (гемосорбція, плазмаферез тощо);

6.2.9. забезпечення медичним обладнанням, що потребує додаткової оплати при стаціонарному лікуванні (наприклад: стенти, набори для емболізації,

- деартерилізації, остеосинтезу, штучні зв'язки, металофіксатори, штифти, рукав для артроскопа, протези, ортези тощо);
- 6.2.10. оплата засобів медичного призначення (грівки, спринцівки, інгалятори, тонометри, глюкометри, ортопедичні засоби та посібники (скотчкаст, бандажі, корсети, ортопедичне взуття, милиці та інше));
- 6.2.11. забезпечення медичними матеріалами (крім вати, бинтів, катетерів, шприців, систем для внутрішньовенного вливання) при стаціонарному чи амбулаторному лікуванні;
- 6.2.12. корегуючі засоби (слухові пристрої, окуляри, контактні лінзи та засоби для їх догляду);
- 6.2.13. протезування органів, суглобів та тканин, проведення коронарографії, використання пристроїв, які коригують або замінюють функцію органу (кардіостимулятори, ендопротези тощо);
- 6.2.14. пластичні, реконструктивні (в т.ч. септопластика, герніопластика) та косметичні операції, операції пов'язані зі зміною статі, операції по корекції зору, корекції ваги;
- 6.2.15. профілактика та лікування целюліту, діагностика й лікування ожиріння;
- 6.2.16. використання лазерних технологій лікування, в тому числі лазерна коагуляція сітківки ока;
- 6.2.17. проведення підводного та кістякового витягіння;
- 6.2.18. проведення масажу лакун піднебінних мигдаликів та видалення сірчаних пробок;
- 6.2.19. нетрадиційні методи діагностування та лікування (в т.ч. іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія (в т.ч. Шіацу), гірудотерапія, бальнеотерапія, грязелікування, біорезонансна терапія, використання лампи Біоптрон, діагностика за методом Фоля тощо);
- 6.2.20. лікування психічних захворювань, психотерапія, логопедична та фоніатрична допомога;
- 6.2.21. лікування особливо небезпечних інфекційних (чума, холера, жовта лихоманка, натуральна віспа) захворювань;
- 6.2.22. діагностика та лікування хронічних персистуючих інфекцій, викликаних вірусами Коксакі, ЕСНО, ентеровірусами, групою TORCH-інфекцій, дегенеративних захворювань ЦНС, мієлопатій, в тому числі синдрому хронічної втоми;
- 6.2.23. діагностика та лікування вірусних гепатитів, окрім гепатиту А;
- 6.2.24. лікування печінкової та ниркової недостатності та застосування апаратів „Штучна нирка”, „Штучна печінка”;
- 6.2.25. лікування захворювань шкіри та її придатків (псоріаз, екзема, мікози, себорейний дерматит, вітіліго, вугрова хвороба, демодекоз, алопеція, нейродерміт, оніхомікоз, дисгідроз, папіломи, бородавки, невуси);
- 6.2.26. лікування цукрового діабету та його ускладнень, крім невідкладних станів;
- 6.2.27. профілактика та лікування ВІЛ-інфекції, СНІДУ, туберкульозу;
- 6.2.28. лікування доброякісних та злоякісних онкологічних захворювань;
- 6.2.28. лікування системних захворювань сполучної тканини;
- 6.2.29. діагностика та лікування венеричних захворювань та захворювань, що передаються переважно статевим шляхом відповідно до класифікації ВООЗ (хламідіоз, уреаплазмоз, мікоплазменна інфекція, гарднерельоз, папіломатоз, герпес (вірус тип II), вірус папіломи людини (високого канцерогенного ризику), тріхомоніаз, цитомегаловірусна інфекція тощо, за виключенням якісної діагностики методом ПЦР 1 раз на рік, крім контрольних аналізів, - якщо це передбачено програмою страхування);
- 6.2.30. діагностика та лікування порушень менструального циклу, ендометріозу, клімактеричного синдрому, синдрому виснаження яєчників, станів, пов'язаних з гормональним дисбалансом (гіперандрогенія, гіперпролактинемія, галакторея, мастопатія тощо);
- 6.2.31. заходи з планування вагітності, підбір та застосування всіх видів контрацепції, стерилізації, лікування сексуальних дисфункцій, безпліддя, імпотенції, проведення штучного запліднення, проведення штучного переривання вагітності та вакуум-регуляції (за виключенням абортів за медичними показниками);
- 6.2.32. вагітність та пологи, ускладнення вагітності, пологів, післяпологового стану (за виключенням Невідкладної допомоги), проведення нетрадиційних пологів (у воді, на дому тощо), масаж при лактаційному маститі;

- 6.2.34. вроджені аномалії та вади розвитку, всі види генетичних обстежень;
- 6.2.35. лікування спадкових захворювань;
- 6.2.36. всі види стоматологічних послуг, протезування зубів, якщо це не передбачено Програмою страхування;
- 6.2.37. консультації лікаря – ортодонта та ортодонтія (в тому числі брекет-системи, трейнери, капи тощо);
- 6.2.38. лікування пародонтозу та профілактика карієсу (герметизація фіссур, покриття фторлаками та гелями);
- 6.2.39. косметичні процедури, (в т.ч. відбілювання зубів, інкрустація, застосування дорогоцінних металів);
- 6.2.40. оплата медико-косметологічних препаратів, засобів гігієни (зубні пасти, шампуні, креми, лосьйони, тощо);
- 6.2.41. оплата біологічно-активних та харчових добавок; медикаментів стимулюючої та профілактичної дії (Бальзам Бітнера, Біовіталь, Тригерц, и т.п.), ензимів загальної дії (наприклад Вобензим), кровозамінників, імуномодуляторів (імуностимуляторів та імунодепресантів), бактеріофагів, препаратів чоловічих та жіночих статевих гормонів, вакцин (за виключенням вакцинації від грипу); снодійних та транквілізаторів, вітамінних препаратів (в т.ч. в комбінації з мінералами- за виключенням Вітамінізації згідно програми страхування), крім ін'єкційних моновітамінів;
- 6.2.42. лікування хронічних захворювань поза стадією загострення;
- 6.2.43. лікування захворювань, що потребують постійної заміщувальної терапії, більше 30 днів;
- 6.2.44. лікування захворювань, що потребують постійної підтримуючої терапії (захворювання серцево-судинної системи тощо), більше 30 днів;
- 6.2.45. звернення до Асистанського центру з метою відшкодування моральної шкоди та упущеної вигоди.

6.3. Якщо інше не передбачено Договором, не можуть бути застрахованими особи:

- 1) визнані в установленому порядку недієздатними;
- 2) які на момент укладення Договору страхування мали вік понад 80 років;
- 3) інваліди I групи;
- 4) особи, хворі на такі тяжкі захворювання:
 - пухлини головного мозку, що призвели до стійкої втрати працездатності;
 - пухлини спинного мозку та хребта, що призвели до стійкої втрати працездатності;
 - онкологічні захворювання;
 - смерть мозку;
 - травма хребта і спинного мозку, що призвели до стійкої втрати працездатності;
 - інфекційні та демієлінізуючі ураження центральної нервової системи мозку, що призвели до стійкої втрати працездатності;
 - ВІЛ-інфекції.

6.3.1. Якщо Застрахована особа під час дії Договору стала особою, що не може бути Застрахованою згідно з п. 6.3. цих Правил, Договір стосовно цієї Застрахованої особи достроково припиняє свою дію з дня встановлення відповідного стану (діагнозу) Застрахованої особи.

6.3.2. Якщо під час дії Договору встановлено, що Застрахована особа не могла бути застрахованою згідно з п. 6.3. цих Правил на дату укладення Договору, останній по відношенню до цієї Застрахованої особи достроково припиняє свою дію після документального підтвердження даного факту.

6.4. У разі визнання судом Страхувальника-громадянина недієздатним його права і обов'язки за Договором переходять до його опікуна.

6.4.1. У разі визнання судом Страхувальника-фізичної особи обмежено дієздатним, останній здійснює свої права і обов'язки за Договором лише за згодою піклувальника.

6.5. Страховик не відшкодовує:

6.5.1. Витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, передбаченими умовами Договору страхування.

6.5.2. Витрати на Медичні послуги, не передбачені Програмою страхування.

6.6. Виключення ризиків радіоактивного забруднення:

6.6.1. Страховик не здійснює Страхову виплату, якщо Розлад здоров'я Застрахованої особи пов'язаний або викликаний:

- іонізуючим випромінюванням або радіоактивним забрудненням, що виходить від будь-якого ядерного палива або ядерних відходів або в результаті згоряння ядерного палива;
- радіоактивністю, токсичністю, вибухонебезпечністю або іншими небезпечними або забруднюючими властивостями будь-якої ядерної установки, реактора або іншого ядерного агрегату або його частин;
- будь-якою зброєю, в якій використовується реакція атомного або ядерного розпаду і/або синтезу або інші подібні реакції або радіоактивні сили або речовини.
- шкідливими професійними чинниками (хімічними та фізичними факторами: вібрація, ультразвук, електромагнітне та лазерне випромінювання, електрозварювання (меланодермія, ливарна та тефлонова лихоманка, пневмоконіози, декомпресійна хвороба та інше)).

6.7. Дія Договору не поширюється на Розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався внаслідок війни, воєнних дій або військових операцій, громадянської війни, заколоту, народного повстання, провокації воєнного конфлікту, страйку, військового повстання, захоплення влади, введення надзвичайного або воєнного стану.

6.8. Виключення ризиків тероризму.

6.8.1. Дія Договору також не поширюється на Розлад здоров'я Застрахованої особи, що стався внаслідок дій будь-якої особи або групи осіб, які діють від імені будь-якої організації, метою якої є замах на територіальну цілісність та суверенітет держави та з метою впливу на прийняття рішення чи вчинення або не вчинення дій органами державної влади або органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів або здійснення інших насильницьких дій.

6.8.2. Дія Договору не поширюється на Розлад здоров'я Застрахованої особи, який є результатом будь-якого терористичного акту.

Під «Терористичним актом» мається на увазі застосування зброї, вчинення вибуху, підпалу чи інших дій, які створюють небезпеку для життя чи здоров'я людини або завдають значної майнової шкоди чи інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації воєнного конфлікту, міжнародного ускладнення, або з метою впливу на прийняття рішень чи вчинення або невчинення дій органами державної влади чи органами місцевого самоврядування, службовими особами цих органів, об'єднаннями громадян, юридичними особами, або привернення уваги громадськості до певних політичних, релігійних чи інших поглядів терориста.

Це виключення поширюється на Розлад здоров'я Застрахованої особи, що викликаний в зв'язку із взяттям під контроль, запобіганням, стримуванням або будь-якою іншою дією, пов'язаною з терористичним актом.

6.9. Договір може передбачати страхування на випадок настання подій, зазначених у п.п. 6.1.9., п. 6.2 - 6.8 цих Правил (на особливих умовах).

6.10. Договір страхування може передбачати також інші виключення, не зазначені в п.п. 6.1.-6.8. цих Правил.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору визначається за згодою Страховика і Страхувальника.

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

7.3. Дія Договору закінчується о 24 годині дня, зазначеного в Договорі як день закінчення дії Договору.

7.4. Договір діє на території України, якщо інше не передбачено умовами Договору.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ. ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ

8.1. Для укладання Договору, Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір.

8.2. Якщо Страхувальник бажає укласти Договір щодо групи осіб, то він повинен надати письмову згоду цих осіб щодо укладання Договору, а також список цих осіб, що є невід'ємною частиною Договору.

8.3. При укладанні Договору Страховик має право запросити у Страхувальника результати медичного огляду Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки Страховиком ступеня ризику.

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

8.5. Страховик може забезпечити Застраховану особу „Карткою Застрахованої особи”, що є документом, згідно з яким проводиться ідентифікація Застрахованої особи в Базовому медичному закладі (Базовій аптеці).

8.6. Зміни до умов Договору вносяться за взаємною згодою Сторін, шляхом укладання додаткових угод до Договору, що є невід'ємними частинами Договору.

9. ОБОВ'ЯЗКИ ТА ПРАВА СТРАХОВИКА, СТРАХУВАЛЬНИКА І ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та правилами страхування.

9.1.2. Протягом 2 (Двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання Страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення Страхової виплати.

9.1.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

9.1.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні Страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору.

9.1.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір.

9.1.6. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.1.7. Організувати надання Медичних послуг Застрахованим особам відповідно до обраної Страхувальником Програми страхування та Класу обслуговування, контролювати доцільність, обсяг, якість і своєчасність надання Медичних послуг.

9.1.8. При отриманні претензії Застрахованої особи або Страхувальника щодо недоліків при наданні Медичних послуг, надати відповідь протягом 10 (Десяти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору, шляхом направлення рекомендованого листа на адресу Застрахованої особи та/або Страхувальника.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. Провести попереднє медичне обстеження Застрахованих осіб за рахунок Страхувальника з метою одержання достовірних даних для оцінки ступеня ризику та запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ризику.

9.2.2. Перевіряти достовірність даних, що надаються йому Страхувальником (Застрахованою особою).

9.2.3. Направляти запити до Компетентних установ, або самостійно проводити розслідування з метою з'ясування причин та обставин Страхового випадку.

9.2.4. Відмовити у Страховій виплаті або відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати відповідно до умов цих Правил.

9.2.5. Робити запити до Страхувальника стосовно інших чинних договорів страхування щодо передбаченого Договором предмету договору страхування.

9.2.6. На отримання від Страхувальника додаткового Страхового платежу у разі підвищення ступеня ризику чи збільшення Страхової суми.

9.2.7. Достроково припинити дію Договору, відповідно до цих Правил.

9.2.8. Вносити зміни до умов Договору в порядку, передбаченому цими Правилами.

9.2.9. При встановленні факту передачі Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або картки Застрахованої особи іншій особі з метою одержання нею Медичних послуг за Договором - достроково припинити дію Договору стосовно даної Застрахованої особи.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. Сплачувати Страхові платежі в розмірах та у строки, що визначені Договором.

9.3.2. При укладанні Договору надати Страховику достовірну інформацію про предмет договору страхування, всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня ризику, і надалі протягом строку дії Договору інформувати його про будь-яку зміну ризику.

9.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори щодо предмету договору страхування, зазначеного у Договорі.

9.3.4. Повідомити Страховика про настання Страхового випадку у строк, передбачений умовами Договору.

9.3.5. В межах своєї компетенції вживати заходи щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та вживати усіх можливих заходів щодо зменшення збитків, завданих внаслідок настання Страхового випадку.

9.3.6. У разі отримання відомостей про втрату Застрахованою особою Страхового полісу (сертифікату, свідоцтва) або Картки Застрахованої особи, протягом 2(двох) робочих днів повідомити про це Страховика.

9.4. Страхувальник має право:

9.4.1. За згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача.

9.4.2. Вимагати надання Застрахованим особам Медичних послуг, рівень та обсяг яких передбачений Договором.

9.4.3. Змінювати та доповнювати умови Договору, за згодою Страховика, відповідно до цих Правил.

9.4.4. Протягом строку дії Договору вносити зміни до списку Застрахованих осіб.

9.4.5. Отримати дублікат Договору (Страхового полісу, сертифікату, свідоцтва), Картки Застрахованої особи у разі втрати оригіналу.

9.4.6. Достроково припинити дію Договору відповідно до цих Правил.

9.4.7. Направити (письмово) претензію Страховику щодо недоліків надання Медичних послуг Застрахованій особі медичними закладами або аптеками, визначеними Страховиком.

9.5. Застрахована особа зобов'язана:

9.5.1. Дбайливо ставитися до свого здоров'я, а, в разі настання його розладу, звернутися до медичного закладу, передбаченого умовами Договору, або до Страховика.

9.5.2. В період обстеження та лікування виконувати призначення лікаря, приписи медичного персоналу та дотримуватись розпорядку, встановленого у медичному закладі.

9.5.3. Повідомити Страховика про настання Страхового випадку у строк, передбачений умовами Договору.

9.6. Застрахована особа має право отримати Страхову виплату в разі настання Страхового випадку, а також права, зазначені у п.п. 9.4.2, 9.4.7 цих Правил.

9.7. Договором можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи.

9.8. Якщо Застрахована особа є неповнолітньою, зобов'язання Застрахованої особи, передбачені цими Правилами та Договором покладаються на її законного представника (зокрема, одного з батьків).

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

10.1. При настанні Розладу здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй Медичних послуг, передбачених Програмою страхування, Застрахована особа звертається за отриманням лікувальних послуг до медичного закладу, передбаченого умовами Договору. При цьому, останній повинен містити механізм взаємодії між Застрахованою особою, Страховиком і медичними закладами при наданні Медичних послуг Застрахованій особі.

10.2. В разі необхідності одержання Медичних послуг, рекомендованих лікарем Базового медичного закладу (Базової аптеки), які не можуть бути надані в цьому медичному закладі (аптеці), Застрахована особа звертається до довіреного лікаря Страховика та одержує направлення в іншій медичний заклад із списку Базових медичних закладів (Базових аптек).

10.3. Якщо призначені лікарем Медичні послуги не можуть бути надані в Базових медичних закладах (Базових аптеках), Застрахована особа, за узгодженням зі Страховиком, звертається до іншого медичного закладу (аптеки).

10.3.1. Договором може бути передбачено, що в разі звернення до медичного закладу, що не входить в списки базових, Застрахована особа самостійно сплачує вартість Медичних послуг, а потім надає Страховику заяву на відшкодування вартості наданих Медичних послуг.

10.4. Договором може бути передбачено звернення Застрахованої особи з метою організації та отримання Медичних послуг до Асистанської компанії, Асистанського центру або звернення Застрахованої особи до Базової аптеки за необхідними для лікування медикаментами та матеріалами.

10.5. У випадках необхідності отримання Невідкладної допомоги, коли неможливо повідомити Страховика до початку її надання, таке повідомлення передається відразу, як тільки це стане можливим, будь-яким доступним способом.

10.6. Умовами Договору можуть бути передбачені інші дії Страхувальника (Застрахованої особи) при настанні Страхового випадку.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА ЯКІ НЕОБХІДНІ ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

11.1. Для отримання Страхової виплати Застрахованою особою (Вигодонабувачем, її представником), Страховику мають бути надані наступні документи:

- заява Застрахованої особи на Страхову виплату;
- документ, що ідентифікує Застраховану особу (паспорт, військовий квиток, тимчасове посвідчення особи громадянина України тощо) – у разі отримання Страхової виплати готівкою через касу Страховика;
- довідка про присвоєння ідентифікаційного номера Застрахованої особи – у разі отримання Страхової виплати готівкою через касу Страховика;
- довідка лікаря медичного закладу з визначенням діагнозом та призначених, у зв'язку з даним захворюванням, Медичних послуг та медикаментів;
- фіскальний чек (касова квитанція) про сплату отриманих Медичних послуг (в разі відсутності в фіскальному чеку назви придбаних медикаментів, надається додатково товарний чек);
- рецепт лікаря з особистою печаткою;
- в разі придбання Застрахованою особою за власні кошти медикаментів (медичних матеріалів) в період лікування в стаціонарі, Застрахована особа додатково надає виписку з історії хвороби з переліком призначених медикаментів (медичних матеріалів), необхідних для проведення призначеного курсу лікування.

В разі ненадання вищезазначених документів Страховику, останній має право не відшкодовувати Застрахованій особі її витрат на оплату Медичних послуг, отриманих в даному медичному закладі.

11.2. Для отримання Страхової виплати Базовим медичним закладом, Базовою аптекою чи Асистанською компанією необхідні документи, передбачені відповідним договором, укладеним між Страховиком та Базовим медичним закладом (Базовою аптекою чи Асистанською компанією).

12. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страхова виплата за Договором здійснюється наступним чином:

12.1.1. При зверненні до Базового медичного закладу (Базової аптеки), інших медичних закладів, передбачених умовами Договору, за направленням Страховика або Асистанської компанії та при отриманні медикаментів та/або медичних матеріалів за рецептом встановленої Страховиком форми, Застрахована особа одержує Медичні послуги та медикаменти (матеріали) безкоштовно. В даному випадку Страховик здійснює Страхову виплату шляхом оплати такому закладу вартості отриманих Застрахованою особою Медичних послуг (медикаментів, матеріалів). Виплати здійснюються на умовах, погоджених із відповідними закладами, які надають Медичні послуги Застрахованим особам.

12.1.2. Якщо Страховик приймає рішення здійснити Страхову виплату, яка є компенсацією власних витрат певної особи, пов'язаних із наданням Застрахованій особі Медичних послуг, то Страхова виплата здійснюється Страховиком безпосередньо особі, за рахунок якої було здійснено ці витрати.

12.2. Страхова виплата здійснюється в безготівковій формі (на особистий рахунок особи) або готівкою через касу Страховика в розмірі, що не перевищує вартість аналогічних послуг у відповідному Базовому медичному закладі, що передбачений Класом обслуговування, обраним при укладенні Договору для конкретної Застрахованої особи.

12.3. Страховик приймає рішення про здійснення Страхової виплати та здійснює цю виплату протягом **15 (п'ятнадцяти)** робочих днів (якщо інший строк не зазначено у Договорі) після одержання всіх необхідних документів, передбачених умовами Договору, відповідно до розділу 11 цих Правил. При наявності підстав для відмови у проведенні Страхової виплати, Страховик у той же строк, після одержання всіх необхідних документів, передбачених умовами Договору, може прийняти рішення про відмову у здійсненні Страхової виплати, з одночасним направленням Страхувальнику (отримувачу Страхової виплати) відповідного письмового повідомлення про відмову, із зазначенням її причин.

12.4. Страховик здійснює Страхову виплату на підставі страхового акту, який оформлюється за формою, визначеною Страховиком.

12.5. Загальний розмір виплат при настанні одного або декількох Страхових випадків із конкретною Застрахованою особою не може перевищувати Страхову суму або Ліміт страхових виплат, обумовлений Договором для цієї особи.

13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВІДСТРОЧЕННЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Підставами для відмови у Страховій виплаті є:

13.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, Вигодонабувача, 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 таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

13.1.2. Вчинення Страхувальником-фізичною особою, Застрахованою особою, Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до Страхового випадку.

13.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання Страхового випадку.

13.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання Страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин Страхового випадку, характеру та розміру збитків.

13.1.5. Випадки, зазначені у Розділі 6 Правил, якщо інше не передбачено Договором;

13.1.6. Інші випадки, передбачені законом.

13.2. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні Страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

13.3. Якщо інше не передбачено Договором, Страховик має право відстрочити прийняття рішення про здійснення Страхової виплати, але не більше ніж на 6 місяців, у таких випадках:

13.3.1. Він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка претендує на отримання Страхової виплати, зокрема, якщо спадкоємець Застрахованої особи, яка померла, не може підтвердити свій статус, оскільки не має свідоцтва про право на спадщину.

13.3.2. Відповідними органами внутрішніх справ, за наявності протиправних дій щодо життя та здоров'я Застрахованої особи, зазначеної в Договорі, було порушено кримінальну справу проти отримувача Страхової виплати (фізичної особи) і ведеться розслідування обставин, про призвели до виникнення шкоди. Питання про здійснення Страхової виплати вирішується протягом 10 (десяти) робочих днів після закінчення зазначеного розслідування (його зупинення, складання обвинувального висновку, закриття кримінальної справи тощо).

13.3.3. Страховик має обґрунтовані сумніви з приводу достовірності наданих документів або відповідності обставин Страхового випадку, чи наявності інших фактів, які можуть стати підставою для відмови у Страховій виплаті. У цьому разі Страховик має право затримати Страхову виплату на строк, необхідний для встановлення істини щодо дійсних обставин події, але не більше, ніж на 6 (шість) місяців.

13.4. У разі відстрочення прийняття рішення про Страхову виплату, Страховик повинен направити на адресу Страхувальника (Застрахованої особи) письмове повідомлення про це, з обґрунтуванням причин затримання.

13.5. У будь-якому випадку, затримання Страховиком здійснення Страхової виплати не повинне приводити до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи внаслідок ненадання їй необхідних Медичних послуг.

13.6. Після закінчення строку відстрочення прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ

14.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

14.1.1. Закінчення строку дії Договору.

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

14.1.3. 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;

14.1.4. Ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;

14.1.5. Ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законом.

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним.

14.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (Тридцять) календарних днів до передбачуваної дати припинення дії Договору, якщо інший строк не зазначений в Договорі.

14.2.1. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним Страхові платежі повністю.

14.2.2. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним Страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає йому Страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку Страхового тарифу, фактичних Страхових виплат, що були здійснені за Договором.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори між Сторонами Договору вирішуються шляхом переговорів.

15.2. При неможливості досягнення згоди шляхом переговорів, спори вирішуються в судовому порядку відповідно до законодавства України.

16. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

16.1. Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання обов'язків за Договором при настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) і безпосереднього впливу таких обставин на можливість виконання Сторонами обов'язків під час дії цих обставин.

16.1.1. Під обставинами форс-мажору слід розуміти факти настання таких подій, що роблять неможливим виконання Сторонами своїх обов'язків:

16.1.1.1. Війну, вторгнення, ворожі дії іноземних держав (незалежно від факту об'явлення війни).

16.1.1.2. Громадянську війну, масові заворушення, повстання, революцію, узурпацію влади, військове або надзвичайне становище, страйк, державний переворот, терористичний акт, військову диктатуру.

16.1.1.3. Стихійні лиха, пожежі, землетруси та інші природні явища.

16.1.1.4. Блокаду, ембарго, валютні обмеження, зміни в законодавстві та інші дії держави (органів влади).

16.1.2. Сторона, яка підпала під дію таких обставин, повинна не пізніше 3 (Трьох) робочих днів з моменту їх настання повідомити про це іншу Сторону. В іншому випадку така Сторона при невиконанні своїх зобов'язань за Договором втрачає право на посилання на вплив зазначених обставин.

16.1.3. Сторона, для якої склалася неможливість виконання обов'язків внаслідок впливу обставин непереборної сили, повинна надати іншій Стороні підтвердження про настання таких обставин та про їх безпосередній вплив на можливість невиконання обов'язків.

16.1.4. Відповідним доказом строку дії обставин форс-мажору вважається офіційне підтвердження, що надається Торгово-промисловою палатою України або іншим державним органом, яке повинно бути направлено Стороною, яка попала під дію даних обставин іншій Стороні. Сторона, що підпадає під дію обставин форс-мажору, має право перенести термін виконання обов'язків за Договором на період, протягом якого будуть діяти зазначені обставини.

16.1.5. Після закінчення дії таких обставин, Сторона, яка попала під їх вплив, зобов'язана протягом 7 (семи) робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору, виконати належним чином зобов'язання, відповідно до умов Договору.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. За взаємною згодою Сторін Договору, останній може бути доповнено, крім положень цих Правил, також іншими умовами, якщо вони не суперечать Правилам і чинному законодавству України.

17.2. Права та обов'язки страховика та (або) страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування» повинні бути передбачені договором страхування.

Додаток № 1
до Правил добровільного
медичного страхування (безперервного
страхування здоров'я)

ТАРИФИ **з добровільного медичного страхування**

1.1 При страхуванні на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) застосовуються базові страхові тарифи, що наведені у Таблиці №1.

Таблиця №1

Річні базові страхові тарифи

№ п/п	Назва програми	Тариф
1	Поліклініка	2,5%
2	Аптека	3,0%
3	Невідкладна допомога	2,0 %
4	Стаціонарна допомога	2,5%
5	Стоматологія	3,0%

1.2. Страховий тариф встановлюється Страховиком на підставі обраних Програм страхування, переліку медичних послуг, рівня лікувального закладу, періоду страхування з урахуванням коефіцієнту короткостроковості, території дії страхування, відомостей про стан здоров'я осіб, що підлягають страхуванню, додаткових умов, що можуть бути внесені в договір страхування за бажанням Страхувальника. Розмір страхового платежу визначається на підставі базових тарифів, що наведені у Таблиці №1, з урахуванням знижок (надбавок).

1.3. За Договором страхування, укладеним на строк менше 1 року, розмір страхового платежу може визначатися як добуток річного страхового платежу та коефіцієнт короткостроковості, зазначений в Таблиці №2, в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця №2

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,2	0,31	0,42	0,52	0,60	0,68	0,76	0,83	0,89	0,94	0,97	1,0

У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий платіж сплачується як за повний місяць.

1.4. Страховий платіж сплачується одноразово у термін (строк), визначений умовами Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.5. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою у відповідності до чинного законодавства України у касу страхової компанії чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків.

1.6. В залежності від стану здоров'я Застрахованого можуть бути застосовані коефіцієнти, що підвищують тариф (від 1 до 2,5), та коефіцієнти, що знижують тариф (від 1 до 0,6).

1.7. В залежності від страхової суми, франшизи, інших обмежень та додаткових послуг можуть бути застосовані коефіцієнти, що підвищують тариф (від 1 до 3,0), та коефіцієнти, що знижують тариф (від 1 до 0,5).

1.8. При остаточному визначенні тарифів для конкретного Договору страхування можуть бути застосовані коефіцієнти, що підвищують тариф (від 1 до 2), та коефіцієнти, що знижують тариф (від 1 до 0,3) в залежності від умов страхування та факторів ризику, не передбачених в п.п.1.6-1.7.

Система знижок до базових тарифів:

1. При страхуванні колективу від 5 до 10 осіб – 2-5%
2. При страхуванні колективу від 11 до 50 осіб – 5-10%
3. При страхуванні колективу від 51 до 100 осіб – 10-12%
4. При страхуванні колективу понад 100 осіб – 12-15%

Окремим рішенням можуть надаватися інші знижки та встановлюватись граничні розміри страхових сум.

Норматив витрат на ведення справ становить 25%.

Актуарій

Гру

*Куртанич Юрій Миколайович
св. 504766 №3-002 в.у
26.11.2008*

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Програма „Невідкладна допомога” включає наступні послуги:

1. Надання невідкладної допомоги в місті виклику бригадою швидкої допомоги (загального профілю та спеціалізованих: травматологічна, кардіологічна, протишокова та ін.).
1. Проведення лабораторної та експрес-діагностики, а також застосування інструментальних методів діагностики для встановлення діагнозу.
2. Забезпечення медичного транспортування при необхідності надання Медичних послуг у лікувальному закладі.
3. Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами для надання невідкладної допомоги.

Програма „Поліклініка” включає наступні послуги:

1. Консультативна допомога (в амбулаторно-поліклінічних умовах) висококваліфікованих фахівців за профілем захворювання.
2. Консультативна допомога на дому (за медичним призначенням).
3. Проведення необхідних діагностичних та функціональних досліджень в амбулаторних умовах, з використанням сучасного діагностичного обладнання (ЕКГ, УЗД, ЕЕГ, ФГДС, рентген).
4. Проведення всіх необхідних діагностичних досліджень в амбулаторних умовах, з використанням сучасного діагностичного обладнання.
5. Проведення необхідних лабораторних досліджень.
6. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності (надання лікарняних листів, довідок).
7. Проведення фізіотерапевтичного лікування за призначенням лікаря, в тому числі масажу - не більше 1 курсу (10 процедур) протягом строку дії Договору для однієї Застрахованої особи(якщо інше не передбачено Договором).
8. Забезпечення денним стаціонаром.
9. Проведення необхідних лікувальних процедур та маніпуляцій.
10. Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами.

Програма „Стаціонарна допомога” включає наступні послуги:

1. Всі види терапевтичної та хірургічної допомоги при станах, що потребують поснут Невідкладного стаціонару.
2. Всі види терапевтичної та хірургічної допомоги, що потребують послуг Планового стаціонару.
3. Консультативно-діагностична допомога фахівців за профілем захворювання, а також проведення консультацій співробітниками наукових кафедр за умови стаціонарного лікування.
4. Надання вузькоспеціалізованої хірургічної допомоги, в тому числі оперативного лікування з використанням традиційних методик.
5. Надання вузькоспеціалізованої хірургічної допомоги, в тому числі оперативне лікування з використанням ендоскопічних методів.

6. Проведення необхідних діагностичних та лабораторних досліджень (за медичним призначенням).
7. Проведення фізіотерапевтичного лікування за призначенням лікаря, в тому числі масажу - не більше 1 курсу (10 процедур) протягом строку дії Договору для однієї Застрахованої особи.
8. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності (надання лікарняних листів, довідок).
9. Проведення необхідних лікувальних процедур та маніпуляцій.
10. Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами.

Програма „Аптека” включає наступні послуги:

1. Забезпечення медикаментами через мережу базових аптек.
2. Доставка медикаментів Застрахованій особі (якщо інше не передбачено Договором).
3. Відшкодування вартості медикаментів, придбаних Застрахованою особою за власні кошти

Програма „Стоматологія” включає наступні послуги:

1. Огляд, консультація і діагностика.
2. Анестезія.
3. Рентгенодіагностика.
4. Видалення зубів.
5. Розкриття кореневих каналів.
6. Накладення тимчасової пломби.
7. Лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту.
8. Встановлення постійних пломб, включаючи фотополімерні.
9. Зняття твердих зубних відкладень (не більше 1 разу протягом строку дії Договору для однієї Застрахованої особи).
10. Протезування, необхідне в результаті травми.
11. Планове протезування.
12. Забезпечення медикаментами та медичними матеріалами.

Конкретні умови страхування визначаються при укладенні договору страхування відповідно до законодавства.

Член колегії - за директора департаменту
 фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Найменування посади: *В. Месан*

Підпис: *[Signature]* Прізвище: *Месан*

Дата: *20.04.2010р.* Реєстраційний номер: *0-3 10-441*

Пропито, пронумеровано
 та скріплено печаткою № аркушів
Владислав Гречук