

Затверджую:  
Заступник Голови Правління  
АТ «СК «АХА Страхування»



М.С. Межебицький

«06» серпня 2018 р.

**ПРАВИЛА №015  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)  
(Нова редакція)**

м. Київ, 2018 р.

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1 Відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих «Правил № 015 медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» (далі в тексті - «Правила страхування») Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АХА Страхування» (далі в тексті - «Страховик») укладає договори добровільного медичного страхування з юридичними особами або дієздатними фізичними особами (далі в тексті - «Страхувальники»).
- 1.2 Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичних послуг певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, а також сервісними організаціями, які забезпечують надання асістанських послуг, у відповідності до обраних Страхувальником (Застрахованою особою) умов конкретного договору страхування та в межах страхової суми.
- 1.3 Основні терміни використані в Правилах страхування в наступному тлумаченні:

**Асістанська компанія** - сервісна організація, яка забезпечує надання послуг застрахованій особі відповідно до договору страхування і в його межах, яка має із Страховиком договір про співпрацю.

**Договір страхування** - договір добровільного медичного страхування, укладений між Страховиком та Страхувальником на підставі чинного законодавства та Правил страхування. За договором страхування Страховик приймає на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги (в межах страхової суми), яка необхідна Застрахованій особі. Одночасно Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови договору страхування.

**Застрахована особа** - фізична особа, про страхування якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

**Копія документу** - точне відтворення на папері або в цифровому форматі шляхом сканування, фотографування чи в інший спосіб, за допомогою технічних засобів, в тому числі мобільних пристроїв, комп'ютерної техніки тощо. Оскільки оригінал документа є єдиним примірником і може бути необхідним для діяльності Страхувальника, для належного підтвердження обставин події, що має ознаки страхового випадку, Страховиком або Страховим агентом від імені Страховика можуть прийматися копії документів, надані з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, за умови повної відповідності таких документів вимогам цього Договору. На вимогу Страховика та у визначений ним термін Страхувальник зобов'язується надати для ознайомлення та огляду оригінали документів. Страхувальник гарантує, що копії документів (в т. ч. цифрові) є такими, що виготовлені з оригіналу документа, їх зміст, форма і вигляд повністю відповідають змісту, формі і вигляду оригіналу документу.

**Медичні заклади** - підприємства, установи та організації, які мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я. Перелік медичних закладів, звернення до яких визнається Страховиком страховим випадком за договором страхування, зазначається в договорі страхування та в договорі Страховика з Асістанською компанією.

**Медична допомога** - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.

**Опція програми страхування** – конкретні умови страхування, набір медичних послуг та видів медичної допомоги, передбачених програмою страхування.

**Програма страхування** – індивідуально розроблений комплекс опцій залежно від вимог конкретного клієнта, запропонований Страховиком та обраний Страхувальником при укладенні Договору страхування.

**Страховий платіж (страхова премія)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку і у термін, встановлені договором страхування.

**Страхова сума** - визначена договором страхування грошова сума, у межах якої Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату Застрахованій особі при настанні страхового випадку і виходячи з якої визначається розмір страхової премії.

**Страхова виплата** - грошова сума, яку Страховик відповідно до договору страхування повинен виплатити при настанні страхового випадку. Страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги, що надана медичним закладом Застрахованій особі за конкретним договором страхування.

**Страховий випадок** - подія, передбачена договором страхування, що відбулася після набуття чинності договором страхування, із настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини (страхову виплату) Страхувальнику (Застрахованій особі).

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

1.4 Умови, що містяться в даних Правилах страхування, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою сторін при укладанні Договору страхування або до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

2.1 Предметом договору добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані із здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

## **3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ**

3.1 Страхова сума та конкретні умови страхування узгоджуються Страховиком та Страхувальником при укладенні договору страхування на підставі чинного законодавства та Правил страхування.

3.2 Розмір страхової суми залежить від видів, обсягу та вартості медичної допомоги, яка може бути надана Застрахованій особі при настанні страхового випадку за конкретним договором страхування.

## **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

4.1 Страховим ризиком за Правилами страхування є необхідність Застрахованої особи в медичних товарах та послугах під час дії договору страхування, спричинена її захворюванням, загостренням хронічного захворювання, розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку або іншими обставинами, що обумовлюють необхідність Застрахованої особи в медичних товарах та послугах.

4.2 Страховим випадком є звернення Застрахованої особи під час дії договору страхування до медичного, фармацевтичного або іншого закладу.

Договором страхування можуть бути передбачені одна або декілька причин звернення з метою одержання лікувальних, лікувально-профілактичних, профілактичних послуг, а також суміжних послуг, таких як: транспортування застрахованої особи або медичного персоналу; послуги, пов'язані із пошуком, пересилкою медичних препаратів та/або виробів медичного призначення, необхідних для забезпечення найкращої сучасної медичної допомоги Застрахованій особі.

Перелік можливих страхових випадків:

- 4.2.1. гостре захворювання;
- 4.2.2. хронічне захворювання у стадії загострення;
- 4.2.3. хронічне захворювання поза стадією загострення;
- 4.2.4. травматичне пошкодження або інші наслідки нещасного випадку;
- 4.2.5. інше погіршення здоров'я (позаматкова вагітність, вроджені аномалії та вади розвитку, вікові зміни та подібне);
- 4.2.6. необхідність в планових, профілактичних або лікувально - профілактичних медичних послугах або товарах.

Програма страхування може бути розроблена в залежності від потреб конкретного клієнта. Договором страхування може бути передбачено страхування як на випадок будь-якої хвороби, так і на випадок настання однієї або декількох хвороб або станів.

Страхування за цими Правилами може передбачати один або декілька видів страхового покриття, а саме:

- організацію послуг,
- консультативну допомогу (пошук спеціаліста, медичної установи, необхідних медикаментів та інше.)
- оплату вартості одержаних Застрахованою особою послуг та товарів медичного призначення, згідно Програми страхування.
- оплату вартості іншої допомоги, передбаченої Програмою страхування та/або

Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі.

Оплата вартості одержаних послуг за страховим випадком може відбуватись як шляхом відшкодування витрачених коштів Застрахованою особою, так і медичній або іншій установі на підставі Заяви Застрахованої особи.

4.3 Перелік опцій, які можуть бути включені до Програми страхування:

4.3.1 Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:

- 4.3.1.1 послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги;
- 4.3.1.2 невідкладна стаціонарна допомога;
- 4.3.1.3 планова стаціонарна допомога;
- 4.3.1.4 консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.3.1.5 інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.3.1.6 амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати);
- 4.3.1.7 денний стаціонар та маніпуляції;
- 4.3.1.8 фізіопроцедури;
- 4.3.1.9 лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- 4.3.1.10 оформлення медичної документації;
- 4.3.1.11 медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах;

4.3.2 Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:

- 4.3.2.1 стоматологічні послуги;
- 4.3.2.2 діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- 4.3.2.3 діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань;
- 4.3.2.4 діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;

- 4.3.2.5 діагностика та лікування ускладнень вагітності;
  - 4.3.2.6 діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору;
  - 4.3.2.7 діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;
  - 4.3.2.8 діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору;
  - 4.3.2.9 діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору;
  - 4.3.2.10 діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору;
  - 4.3.2.11 діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору;
  - 4.3.2.12 діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору;
  - 4.3.2.13. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору;
  - 4.3.2.14.діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору;
  - 4.3.2.15.діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору;
  - 4.3.2.16.діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в додатку №2
- 4.3.3 Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги:
- 4.3.3.1 профілактика грипу;
  - 4.3.3.2 вітамінізація;
  - 4.3.3.3 профілактично-оздоровчі послуги;
  - 4.3.3.4 профілактично-оздоровчий масаж;
  - 4.3.3.5 плановий патронаж вагітної жінки;
  - 4.3.3.6 медична допомога при пологах;
  - 4.3.3.7 патронаж дитини до 1 року;
  - 4.3.3.8 планова вакцинація дитини;
  - 4.3.3.9 профілактичний огляд за наказом МОЗ;
  - 4.3.3.10 профілактичний огляд;
  - 4.3.3.11 офтальмологія профілактична;
  - 4.3.3.12 офісна аптечка;
  - 4.3.3.13 офісний лікар;
  - 4.3.3.14 корпоративний ліміт на виключення;
  - 4.3.3.15 спеціальні опції.
  - 4.3.3.16 інші опції, передбачені договором страхування
- 4.3.4 Інша допомога, передбачена Програмою страхування та/або Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі:
- 4.3.4.1 організація проїзду (включаючи оплату проїзду та оформлення необхідних для проїзду документів) Застрахованої особи та осіб, які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) до місця надання медико-санітарної допомоги та до місця постійного проживання після надання медико-санітарної допомоги;
  - 4.3.4.2 організація, оплата проживання і харчування Застрахованої особи та осіб які її супроводжують (прижиттєвих донорів в разі трансплантації органів та/або особи, яка здійснює постійний догляд за Застрахованою особою, що потребує догляду) під час надання медико-санітарної допомоги;

- 4.3.4.3 репатріація тіла, у разі смерті Застрахованої особи та/або прижиттєвого донора (при трансплантації органів);
  - 4.3.4.4 інші супровідні послуги, пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги Застрахованій особі, передбачені Договором страхування.
- 4.4 Страховик має право комбінувати різні опції в межах програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування впроваджувати нові опції.
- 4.5 Детальний опис опцій страхування наводиться у Договорі страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ РИЗИКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

- 5.1 Страховими випадками не вважаються, якщо інше не передбачено умовами договору страхування, звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:
- 5.1.1 одержанням медичної допомоги, що не передбачена договором страхування;
  - 5.1.2 захворюванням або одержанням травми під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми;
  - 5.1.3 захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;
  - 5.1.4 замахом на самогубство, за винятком випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
  - 5.1.5 навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень;
  - 5.1.6 участю у будь-яких воєнних діях, громадських заворушеннях, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано із виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;
  - 5.1.7 одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);
  - 5.1.8 захворюванням, пов'язаним із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на яку страждає Застрахована особа, незалежно від термінів виявлення останньої;
  - 5.1.9 вродженими аномаліями або вадами розвитку;
  - 5.1.10 захворюванням, пов'язаним з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, незалежно від строків та обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
  - 5.1.11 захворюванням, яке потребує медичної допомоги в медичних закладах закритого типу;
  - 5.1.12 захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, які зареєстровані медичними закладами протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування (якщо інше не передбачено договором страхування);
  - 5.1.13 будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД незалежно від термінів їх виявлення.
- 5.2 Страховим випадком також не вважається одержання Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої договором страхування.
- 5.3 До суми страхової виплати не включається оплата наступних витрат:
- 5.3.1 вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо), їх ремонту або прокату;
  - 5.3.2 вартість медичної допомоги, пов'язаної із лікуванням гострих захворювань, на які Застрахована особа страждала на момент укладення договору страхування;
  - 5.3.3 вартість медичної допомоги, пов'язаної із загостренням хронічної хвороби, якщо загострення почалося до набуття чинності договором страхування (крім випадків, коли медична допомога спрямована на зняття гострого болю). Під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи;
  - 5.3.4 вартість медичної допомоги, що не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем;

- 5.3.5 витрати на медичну допомогу, загальна вартість якої не перевищує розміру встановленої договором страхування франшизи.
- 5.4 Окремі положення, зазначені у п.п.5.1 – 5.3 цих Правил, можуть бути передбачені у договорі страхування як страхові випадки при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.
- 5.5 Не можуть бути Застрахованими особами (якщо інше не передбачено договором страхування):
- 5.5.1 особи у віці молодше 1 (Одного) року і старші за 70 (Сімдесят) років;
- 5.6 У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком або про відмову оплатити вартість медичної допомоги, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **6. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 6.1 Договір страхування укладається терміном на 1 (Один) рік, якщо інше не передбачено умовами конкретного договору.
- 6.2 Договір страхування, набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинність при безготівковому перерахуванні страхового платежу - в 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на поточний рахунок Страховика.

Моментом внесення страхового платежу(його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його першої частини) в касу Страховика.

- 6.3 Умови страхування, обумовлені договором страхування, поширюється на страхові випадки, що можуть мати місце після набуття чинності договором страхування, якщо інший (пізніший) початок періоду страхування не встановлений договором страхування.
- 6.4 Укладені договори страхування діють тільки на території України, якщо інше не передбачено умовами конкретного договору.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 7.1 Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.
- 7.2 У випадку, якщо:
- 7.2.1 Страхувальник є юридичною особою;
- 7.2.2 Страхувальник - фізична особа не є і Застрахованою особою;
- 7.2.3 Страхувальник - фізична особа є однією із кількох Застрахованих осіб, Страховику повинен бути наданий список Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, імені, по-батькові, статі, місяця і року народження, місця проживання і номеру телефону кожної Застрахованої особи.
- 7.3 Страхувальник має право укладати договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтверджені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

- 7.4 Страховик приймає рішення про укладання договору страхування протягом 5 (П'яти) робочих днів після надходження письмової заяви Страхувальника.

- 7.5 Договір страхування укладається у формі, що визначена законодавством до такого договору. Кількість примірників Договору страхування і спосіб його укладення визначається за домовленістю сторін з обов'язковим дотриманням вимог чинного законодавства України.
- 7.6 Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим Правилам та не суперечать чинному законодавству України.
- 7.7 Після набуття чинності договором страхування Страховик видає Страхувальнику страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати) на ім'я кожної Застрахованої особи, що підтверджують наявність та обсяг прав та обов'язків Застрахованих осіб за таким договором страхування.
- 7.8 Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) є формою договору страхування. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (Застрахованої особи).
- 7.9 Забороняється передавати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за договором страхування. В протилежному випадку страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) у Застрахованої особи вилучається, а дія договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.
- 7.10 В разі втрати страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифіката) Страхувальник (Застрахована особа) повинен негайно (але не пізніше 48 годин) письмово сповістити про це Страховика. Втрачений страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) вважається анульованим і не може бути підставою для оплати вартості одержаних медичних послуг, а замість нього на ім'я відповідної Застрахованої особи видається дублікат страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату). При цьому, Страховик вправі до видачі дублікату страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування вартості виготовлення страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату).
- 7.11 Зміни або доповнення умов договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін договору і оформлюються письмово шляхом складання додаткової угоди до договору страхування, що містить нові умови договору і є невід'ємною частиною договору страхування. В разі реорганізації Страхувальника, виділення з його складу обособлених структурних підрозділів у договір страхування можуть бути внесені зміни за згодою Страховика і Страхувальника шляхом підписання додаткової угоди.
- 7.12 Додаткова угода до договору страхування повинна містити:
- 7.12.1 назву документа;
  - 7.12.2 назву та адресу Страховика;
  - 7.12.3 прізвище, ім'я, по батькові або назву Страхувальника і його адресу;
  - 7.12.4 номер та дату укладення договору страхування;
  - 7.12.5 зміни або доповнення до умов договору.
- Додаткова угода до договору страхування скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (їх представників), а також Страхувальника (якщо він є юридичною особою).
- 7.13 У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб, Страхувальник після внесення відповідних змін до договору страхування сплачує за нових Застрахованих осіб страховий платіж, розрахований Страховиком виходячи із періоду часу, що фактично залишився до закінчення строку дії договору страхування. На ім'я нових Застрахованих осіб Страховик у відповідності до Правил страхування видає страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).
- 7.14 У випадку зменшення кількості Застрахованих осіб (при наявності письмової згоди на це Застрахованих осіб, що виключаються із списку), або за бажанням Страхувальника у разі припинення трудових відносин з застрахованими працівниками, Страховик після внесення відповідних змін до договору страхування повертає Страхувальнику страховий платіж, фактично сплачений за виключених Застрахованих осіб, за вирахуванням:



- 7.14.1 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;
- 7.14.2 фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким договором страхування виключеним Застрахованим особам до моменту їх виключення із договору страхування.

Страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для оплати вартості одержаної медичної допомоги.

- 7.15 Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на це вибуваючої Застрахованої особи) або самої Застрахованої особи шляхом внесення змін до договору страхування.

Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат), раніше виданий на ім'я вибуваючої Застрахованої особи, повинен бути повернутий Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважається анульованим і не може бути підставою для оплати медичних послуг. Замість нього на ім'я нової Застрахованої особи видається новий страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат).

- 7.16 Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик у відповідності до Правил страхування видає на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

- 7.17 Страхувальник зобов'язаний негайно (не пізніше 48 годин) інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричиняли збільшення страхового ризику, припинилися.

- 7.18 У разі укладення Договору страхування в електронній формі сторони дотримуються положень Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування», а також застосовних нормативно-правових актів, що регулюють правові відносини у сфері електронної комерції під час вчинення електронних правочинів.

При укладенні Договору страхування в електронній формі сторони, якщо не домовляться про інше чи якщо інший порядок не буде встановлено законодавством, керуються такими умовами:

- 7.18.1 Договір страхування складається з пропозиції Страховика укласти договір (Оферти) та прийняття цієї пропозиції Страхувальником (Акцепту).
- 7.18.2 Текст Оферти підписується Страховиком в одному чи кількох примірниках. У разі підписання лише одного примірника його оригінал зберігається у Страховика. Оферта також розміщується Страховиком в мережі «Internet» та є доступною для вільного ознайомлення з її змістом. Оферта може включати умови, що містяться в іншому електронному документі, шляхом скерування (відсилання) до нього.
- 7.18.3 Оферта може бути зроблена шляхом надсилання комерційного електронного повідомлення Страхувальнику, її розміщення в мережі «Internet» або інших інформаційно-телекомунікаційних системах.
- 7.18.4 Страхувальник може прийняти Оферту шляхом вчинення електронного правочину - акцептування (прийняття) умов Оферти в електронній формі одним із вказаних нижче в цьому пункті способів, який вказано в Оферті Страховика:

- шляхом надсилання електронного повідомлення Страховику, підписаного в порядку, передбаченому п. 7.18.5 Правил;
- шляхом заповнення формуляра заяви (форми) про прийняття Оферти в електронній формі, що підписується в порядку, передбаченому п.7.18.5 Правил;
- шляхом вчинення дій, що вважаються прийняттям Оферти укласти Договір страхування в електронній формі, якщо зміст таких дій чітко роз'яснено в інформаційній системі Страховика, в якій розміщено таку Оферту, і ці роз'яснення логічно пов'язані з нею.

Після підписання Акцепту Договір страхування вважається укладеним.

7.18.5 Моментом підписання є використання:

- електронного підпису або електронного цифрового підпису відповідно до Закону України «Про електронний цифровий підпис», за умови використання засобу електронного цифрового підпису усіма сторонами електронного правочину;
- електронного підпису одноразовим ідентифікатором, визначеним Законом України «Про електронну комерцію»;
- аналога власноручного підпису (факсимільного відтворення підпису за допомогою засобів механічного або іншого копіювання, іншого аналога власноручного підпису) за письмовою згодою сторін, у якій мають міститися зразки відповідних аналогів власноручних підписів.

7.18.6 Для укладення Договору страхування Страхувальник заходить на відповідну WEB сторінку в мережі «Internet» чи іншу інформаційно-комунікаційну систему, як вказано Страховиком, знайомиться з пропозицією (Офертою), обирає бажані умови страхування, зазначає інформацію про себе, свій номер мобільного телефону, адресу електронної пошти, а також іншу інформацію, необхідну для укладення Договору страхування. Перед укладенням Договору страхування Страхувальник повинен обов'язково ознайомитись з умовами Оферти, Правилами, інформацією про фінансову послугу, які розміщені на WEB сторінці Страховика в мережі «Internet», та підтвердити надання згоди на обробку власних персональних даних. Здійснення всіх вищевказаних дій є заявою Страхувальника Страховику про його намір укласти Договір страхування.

7.18.7 Відповідно до обраних Страхувальником умов страхування та зазначених ним даних складається Акцепт. Акцепт складається в електронній формі за зразком, встановленим Страховиком.

7.18.8 Для підписання Акцепту одноразовим ідентифікатором Страхувальнику надсилається такий одноразовий ідентифікатор на зазначений Страхувальником номер мобільного телефону чи електронну адресу. Перед підписанням Акцепту Страхувальник зобов'язаний перевірити введені ним дані, обрані умови страхування та підтвердити їхню достовірність. Для підписання Акцепту електронним підписом одноразовим ідентифікатором Страхувальник вводить отриманий одноразовий ідентифікатор у спеціально передбаченому місці на WEB сторінці в мережі «Internet» та підтверджує його введення; в результаті цього електронний підпис Страхувальника додається до Акцепту.

7.18.9 Після підписання Акцепту Страхувальник зобов'язаний оплатити страховий платіж одним із запропонованих Страховиком способів.

7.18.10 Після оплати страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування, на вказану Страхувальником адресу електронної пошти надсилається підписаний Страхувальником Акцепт та копія Оферти в електронній формі, які підтверджують укладення Договору.

7.18.11 Акцепт містить унікальний номер, який відповідає номеру Договору страхування, електронний підпис Страхувальника, дату укладення, строк дії Договору страхування та інші індивідуальні умови Договору страхування Страхувальника. Акцепт, підписаний Страхувальником, є невід'ємною частиною Договору страхування.

7.19 Зміна умов і припинення дії Договору страхування, укладеного в електронній формі з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем, здійснюється відповідно до умов розділу 9 Правил.

7.20 При виконанні Договору страхування допускається підписання документів, необхідних для такого виконання, в електронній формі відповідно до п.7.18 Правил, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

## **8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ТЕРМІН ЙОГО СПЛАТИ**

8.1 Страхувальником за договором страхування, встановлюється Страховиком в залежності від умов конкретного договору страхування на підставі страхових тарифів.

Базові страхові тарифи наведені в Додатку №1 до цих Правил страхування.

8.2 Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за договором страхування, має право застосовувати понижуючі або підвищуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів в залежності від:

8.2.1 стану здоров'я Застрахованої особи (з урахуванням результатів її попереднього медичного огляду);

8.2.2 віку і статі Застрахованої особи;

8.2.3 обраної Страховальником програми медичного страхування;

8.2.4 конкретного переліку видів медичної допомоги;

8.2.5 інших чинників страхового ризику (умов праці, умов життя, наявності шкідливих звичок і таке інше);

8.2.6 рівня медичної допомоги.

8.3 Страхувальником на умовах, вказаних в договорі страхування.

8.4 При страхуванні на термін менше одного року страховий платіж сплачується в такому розмірі від суми річного страхового платежу:

Термін дії договору страхування, місяців										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховий платіж, % від річного страхового платежу										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При цьому страховий платіж за неповний місяць сплачується як за повний.

Конкретний порядок і строки сплати страхових платежів визначаються Страховальником та Страховиком при укладанні договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

8.5 Страхувальником може бути сплачений Страховиком:

8.5.1 в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика;

8.5.2 готівкою – до каси Страховика.

Конкретна форма сплати страхового платежу визначається Страховальником та Страховиком при укладанні договору страхування та може бути змінена за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

## **9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

9.1 Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

9.1.1 закінчення терміну дії договору страхування;

9.1.2 виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником (Застрахованими особами) у повному обсязі;

9.1.3 несплати Страховальником страхових платежів у терміни, встановлені договором страхування. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж (його частина) не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (Десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

- 9.1.4 ліквідації Страхувальника - юридичної особи, смерті Страхувальника - фізичної особи (Застрахованої особи) або втрати дієздатності Страхувальником - фізичною особою до моменту переходу до Застрахованої особи прав і обов'язків за договором страхування (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);
- 9.1.5 ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 9.1.6 винесення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- 9.1.7 в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 9.2 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 як за 30 (Тридцять) днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.
- 9.3 У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням:
  - 9.3.1 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;
  - 9.3.2 фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.
- 9.4 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 час дії договору з вирахуванням:
  - 9.4.1 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;
  - 9.4.2 фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.
- 9.5 Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.
- 9.6 В усіх випадках припинення дії договору страхування Страховику повинні бути повернуті страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).
- 9.7 У разі припинення дії договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.

## **10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

- 10.1 Наведені у Правилах страхування переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або Правил страхування, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.
- 10.2 Страхувальник має право:
  - 10.2.1 перевіряти виконання Страховиком додержання умов договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;
  - 10.2.2 вимагати від Страховика оплати вартості медичної допомоги, виходячи із програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений договором страхування;
  - 10.2.3 розширити перелік медичної допомоги або підвищити розмір страхової суми шляхом внесення змін до діючого договору страхування, сплативши при цьому Страховику додатковий страховий платіж;
  - 10.2.4 достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, Правилами страхування або чинним законодавством України;
  - 10.2.5 обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих Страховиком (його представником) або Асістанською компанією;

- 10.2.6 обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги;
- 10.2.7 здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із Страховиком.
- 10.3 Страхувальник зобов'язаний:
  - 10.3.1 своєчасно вносити страхові платежі;
  - 10.3.2 при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
  - 10.3.3 повідомити Страховика про інші діючі договори медичного страхування щодо предмету договору страхування;
  - 10.3.4 повідомити Страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами договору страхування.
- Умовами договору страхування може бути передбачено, що Страхувальник зобов'язаний:
  - 10.3.5 турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;
  - 10.3.6 достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я і можливі існуючі ризики його втрати (зміна ступеню ризику);
  - 10.3.7 не створювати свідомо ризику втрати свого здоров'я;
  - 10.3.8 надавати лікарю-експерту можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи
  - 10.3.9 дотримуватись правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати накази та приписи лікарів;
  - 10.3.10 надати Страховику договір страхування (страховий поліс, страхове свідоцтво, сертифікат) для прийняття рішення про оплату послуг медичного закладу.
- 10.4 Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування:
  - 10.4.1 передбачених в пунктах 10.2.2 - 10.2.6, 10.3.2 - 10.3.3 цих Правил страхування - з моменту набуття чинності договору страхування до настання страхового випадку;
  - 10.4.2 передбачених в пунктах 10.2.7, 10.3.8 - 10.3.10 цих Правил страхування - після настання страхового випадку;
  - 10.4.3 інших - в порядку і в строки, встановлені договором страхування.
- 10.5 Страховик має право:
  - 10.5.1 перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;
  - 10.5.2 запитувати і одержувати відомості, пов'язані із страховим випадком, від державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян;
  - 10.5.3 відмовити в оплаті вартості медичної допомоги при наявності підстав та у випадках, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування;
  - 10.5.4 відкласти вирішення питання про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати в разі порушення кримінальної справи за фактом подій, що призвели до травмування або захворювання Застрахованої особи, до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами;
  - 10.5.5 відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, передбачених Правилами та договором страхування;
  - 10.5.6 достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, згідно з п.п. 9.2- 9.4 цих Правил страхування.
- 10.6 Страховик зобов'язаний:
  - 10.6.1 ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
  - 10.6.2 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;

- 10.6.3 при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату, в строк передбачений даними Правилами страхування. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати з вини Страховика, Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування;
- 10.6.4 не розповсюджувати відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;
- 10.6.5 відшкодовувати витрати (письмово погоджені зі Страховиком), понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування;
- 10.6.6 за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним договір страхування;
- 10.6.7 здійснювати інші дії, передбачені законодавством України, даними Правилами страхування та договором страхування;
- 10.6.8 умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

## **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1 При виникненні у Застрахованої особи потреби в одержанні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто або за телефоном до Страховика (його представника) або Асістанської компанії, відомості про яких наведені в договорі страхування та страховому полісі (страховому свідоцтві, сертифікаті).

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

11.2 Страховик (його представник) або Асістанська компанія рекомендує Застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення Застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога.

11.3 При зверненні до медичного закладу, рекомендованого Страховиком (його представником) або Асістанською компанією, медична допомога (медичні послуги) Застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

11.3.1 документ, що посвідчує Застраховану особу;

11.3.2 страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) або номер акцепту чи страхової картки

11.3.3 письмове направлення Страховика або Асістанської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

Застрахована особа може бути направлена Асістанською компанією до медичного закладу за попередньою домовленістю із Страховиком по телефону.

## **12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

12.1 Для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) або інша особа у відповідності до умов договору страхування подає Страховику документ медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, або його копію, а також інші документи (за вимогою Страховика), необхідні для повної та об'єктивної оцінки обставин події, що відбулася.

12.2 Заяву на виплату, яку Страхувальник може надати як за формою страховика, так і способом телефонного дзвінка (за умови ідентифікації Страхувальника, якщо повідомлення про подію вже було ним зроблено з фіксацією дзвінка, та отримання згоди на запис), з метою фіксації такої заяви Страховиком здійснюється запис телефонної розмови;

- 12.3 Термін, на протязі якого Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику всі необхідні документи, які підтверджують факт настання страхового випадку, встановлюється у договорі страхування, але він не може перевищувати 5 робочих днів після отримання медичної допомоги (послуги).
- 12.4 Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається страховиком на протязі 10 робочих днів з дня отримання від Застрахованої особи або медичного закладу всіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення про відмову у виплаті страхової суми (її частини) повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.
- 12.5 В документі медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, повинні бути зазначені (якщо інше не передбачено типовою формою відповідного документу):
- 12.5.1 найменування і юридична адреса медичного закладу, його номер телефону;
  - 12.5.2 прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, її стать, рік і місяць народження;
  - 12.5.3 домашня адреса і телефон Застрахованої особи;
  - 12.5.4 номер страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифіката), пред'явленого Застрахованою особою;
  - 12.5.5 дата звернення Застрахованої особи до медичного закладу;
  - 12.5.6 діагноз;
  - 12.5.7 перелік видів медичної допомоги, що була надана Застрахованій особі медичним закладом;
  - 12.5.8 строки лікування.

Документ медичного закладу скріплюється підписом відповідальної особи і засвідчується печаткою медичного закладу.

Таким документом може бути виписка із медичної карти, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка тощо.

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

- 13.1 Страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком медичному закладу або Асістанської компанії вартості медичної допомоги, наданої медичним закладом Застрахованій особі за договором страхування.
- 13.2 Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.

В цьому випадку, для здійснення страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику заяву про виплату страхової суми (її частини), договір страхування (страховий поліс), а також документи, що підтверджують факт настання страхового випадку: довідку медичного закладу щодо діагнозу та тривалості лікування; медичну картку або витяг з історії хвороби; перелік наданої медичної допомоги та медичних послуг з зазначенням їх вартості; документи, що підтверджують факт оплати Застрахованою особою вартості отриманої нею медичної допомоги та медичних послуг.

При відсутності необхідних за призначенням лікаря медикаментів в медичному закладі, з яким Страховик має договірні стосунки, Страховик оплачує Застрахованій особі вартість придбаних нею медикаментів на підставі рахунку фармацевтичної установи та при умові письмового підтвердження медичним закладом витрат Застрахованої особи на лікування.

- 13.3 У разі отримання медичної допомоги в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги, термін здійснення страхових виплат встановлюється договором страхування, але цей термін не може перевищувати 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату.

Термін та порядок здійснення страхових виплат Асістанській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.

13.4 Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.

13.5 Страхові виплати здійснюються в національній валюті України.

#### **14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

14.1 Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо:

14.1.1 Страхувальник (Застрахована особа) вчинили навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена форма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням цивільного 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 (Застрахованої особи), встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2 Страхувальником (Застрахованою особою) вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

14.1.3 Страхувальник (Застрахована особа) повідомив Страховику свідомо неправдиві відомості;

14.1.4 Страхувальник (Застрахована особа) несвоєчасно повідомили про настання страхового випадку без поважних на це причин або створювали Страховикові перешкоди у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування;

14.1.5 Страхувальник (Застрахована особа) отримав повне відшкодування збитку від третіх осіб;

14.1.6 в інших випадках передбачених законодавством України.

14.2 Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема:

14.2.1 Страхувальник (Застрахована особа) не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює із Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;

14.2.2 Страхувальник (Застрахована особа) не надав Страховику документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком і здійснення страхової виплати;

14.2.3 Страхувальник (Застрахована особа) надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я або стосовно обсягу або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;

14.2.4 Страхувальник (Застрахована особа) не повідомив Страховику про всі відомі дані, що мають значення для оцінки страхового ризику;

14.2.5 Страхувальник (Застрахована особа) не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, передбачені Правилами страхування або договором страхування;

14.2.6 інші підстави, які не суперечать законодавству України.

#### **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

15.1 Спори, пов'язані із страхуванням, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) вирішуються в порядку, встановленому чинним законодавством України.



## 16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 16.1 Якщо на час здійснення страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асістанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, Страховик зменшує розмір страхової виплати на суму, що компенсована (відшкодована) зазначеними особами. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.
- 16.2 Договором страхування, а також договорами із Асістанською компанією та медичним закладом повинно бути передбачено, що якщо після здійснення Страховиком страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асістанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, сума одержаної компенсації повинна бути негайно (але не пізніше 5 робочих днів після одержання цієї компенсації) сплачена Страховику в межах фактично здійсненої Страховиком страхової виплати. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено негайно, але не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.

**Додаток №1 до Правил страхування**

**Базові страхові тарифи по добровільному медичному страхуванню  
(безперервному страхуванню здоров'я)**

1. Базові страхові тарифи по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я) % страхової суми (термін страхування – 1 рік)

Таблиця 1

Перелік опцій, які можуть бути включені до програми страхування:	Базовий тариф, % від страхової суми
<b>Медичні послуги при «загальних соматичних» захворюваннях:</b>	
1.1. послуги бригади швидкої та або невідкладної медичної допомоги	0,05%
1.2. невідкладна стаціонарна допомога	2%
1.3. планова стаціонарна допомога	2%
1.4. консультаційні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	2,5%
1.5. інструментально - діагностичні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	1%
1.6. амбулаторна допомога вдома (консультації + транспортні витрати)	0,1%
1.7. денний стаціонар та маніпуляції	0,05%
1.8. фізіопроцедури	0,8%
1.9. лабораторні послуги в амбулаторно-поліклінічних умовах	0,8%
1.10. оформлення медичної документації	1,5%
1.11. медикаментозне забезпечення при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах	2%
<b>Медичні послуги при «спеціальних» соматичних захворюваннях:</b>	
1.12. стоматологічні послуги	30%
1.13. діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	0,8%
1.14. діагностика та лікування дерматологічних, імунологічних та алергологічних захворювань	0,06%
1.15. діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань	0,06%
1.16. діагностика та лікування ускладнень вагітності	0,06%
1.17. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору	0,005%
1.18. діагностика та лікування доброякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,01%
1.19. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених вперше під час дії Договору	0,01%
1.20. діагностика та лікування злоякісних новоутворень, виявлених до початку дії Договору	0,07%
1.21. діагностика та лікування туберкульозу виявленого вперше під час дії Договору	0,01%
1.22. діагностика та лікування туберкульозу, виявленого до початку дії Договору	0,05%
1.23. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого вперше під час дії Договору	0,01%
1.24. діагностика та лікування цукрового діабету, виявленого до початку дії Договору	0,05%

1.25. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених вперше під час дії Договору	0,5%
1.26. діагностика та лікування вірусних гепатитів, виявлених до початку дії Договору	0,6%
1.27. діагностика та лікування критичних захворювань відповідно до визначень, наведених в додатку №2	0,85%
<b>Планові, профілактичні, та колективні медичні послуги</b>	
1.28. профілактика грипу	1%
1.29. вітамінізація	2%
1.30. профілактично-оздоровчі послуги	30%
1.31. профілактично-оздоровчий масаж	30%
1.32. плановий патронаж вагітної жінки	30%
1.33. медична допомога при пологах	30%
1.34. патронаж дитини до 1 року	30%
1.35. планова вакцинація дитини	30%
1.36. профілактичний огляд за наказом МОЗ	30%
1.37. профілактичний огляд	30%
1.38. офтальмологія профілактична	30%
1.39. офісна аптечка	30%
1.40. офісний лікар	30%
1.41. корпоративний ліміт на виключення	30%

Річний страховий тариф визначається множенням базового тарифу на коригуючі коефіцієнти К1-К8 відповідно до впливу нижчезазначених факторів на ступінь ризику.

## 2. Коригуючі коефіцієнти.

2.1. В залежності від строку дії Договору страхування застосовується коефіцієнт короткостроковості (К1)

Таблиця 2

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К1	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

2.2. В залежності від переліку опцій, які можуть бути включені до програми страхування, застосовується коефіцієнт акумуляції (К2) від 0,1 до 1,0.

2.3. В залежності від рівня страхового покриття, розміру страхових сум, франшизи застосовуються коефіцієнт покриття (К3) від 0,15 до 2,0.

2.4. В залежності від умов Договору страхування, обмежень, виключень з Договору страхування, застосовуються коефіцієнт договірних умов (К4) від 0,1 до 2,5.

2.5. В залежності від розміру встановлених лімітів відповідальності за Договором страхування та страхових сум за страховими випадками застосовуються коефіцієнт договірних умов (К5) від 0,1 до 1,0.

2.6. В залежності від стану здоров'я Застрахованої особи, з урахуванням попереднього медичного огляду, виду і тяжкості захворювання, віку, статі, професійної діяльності Застрахованої особи, застосовуються коефіцієнт стану здоров'я Застрахованої особи (К6) від 0,2 до 2,5.

2.7. В залежності від цінової політики медичних установ, на базі яких будується обслуговування за Програмою, регіону укладання Договору страхування застосовуються коефіцієнт рівня медичних установ (K7) від 0,5 до 3,0.

2.8. В залежності від кількості Застрахованих осіб, що підлягають страхування за одним Договором страхування застосовуються коефіцієнт групової знижки (K8) від 0,6 до 1,0.

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін. Максимальний розмір страхових тарифів не може перевищувати 60% від загальної страхової суми за Договором страхування.

4. Норматив витрат на ведення справи, що використовувався для розрахунку страхових тарифів, складає до 40% включно, може бути зменшений та зазначається в Договорі страхування.

**Актуарій**



/ **Каденко Г.О.**

*Свідоцтво про відповідність кваліфікаційним вимогам до осіб, які можуть займатися актуарними розрахунками №01-025 від 10.01.2017.*

## Додаток №2 до Правил страхування

### СТРАХУВАННЯ НА ВИПАДОК КРИТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1. Страхуваними ризиками, на випадок настання яких проводиться страхування, є вперше виявлені у період дії Договору страхування нижчезазначені захворювання, які надалі називаються критичними:

**1.1. Гострий інфаркт міокарда** - відмирання частини міокарда (серцевого м'яза) в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні, який підтверджений оригіналами медичної документації:

1.1.1. Новими нетиповими ішемічними змінами в електрокардіограмі а саме зміною сегментів ST-T (депресія сегмента ST - створення дуги Парді), появою нових даних про блокаду лівої ніжки пучка Гіса, появою нового патологічного зубця Q.

1.1.2. Характерним підвищенням серцевого біомаркеру «Тропонін», а саме Тропонин T > 1,0 нг / мл, АссuTnI > 0,5 нг / мл або еквівалент порогу з іншими методами вимірювання тропонина I.

1.1.3. Інші типові ознаки інфаркту міокарда, виявлені за допомогою інструментальних та лабораторних методів обстеження, а також анамнез захворювання, характерний для інфаркту міокарда, та клінічна картина, характерна для інфаркту міокарда;

1.1.4. Випадок визнається страховим, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії договору та з дати інфаркту міокарду минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.

1.1.5. Інші гострі коронарні синдроми, включаючи стенокардією, не є страховим випадком.

1.1.6. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання:

ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат ЕКГ - дослідження, результати тропонінового тесту у динаміці; діагноз; рекомендації / результат лікування.

1.1.7. Оригінал медичної документації повинен бути завірений візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.

1.1.8. Давність медичного документа, який надається в Страхову компанію, не повинна перевищувати 10 днів від дати його видачі.

1.1.9. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа.

1.1.10. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється

**1.2. Інсульт або інфаркт головного мозку**, який викликаний цереброваскулярними порушеннями мозкового кровообігу, внаслідок кровотечі, емболії або тромбозу, і супроводжуються раптовим настанням неврологічного дефіциту незворотного характеру з об'єктивними неврологічними і патологічними змінами, які діагностовано невропатологом та підтверджені даними магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ) або іншими надійними методами візуалізації.

1.2.1. Страхуваними випадками не визнаються:

1.2.1.1. Церебральні симптоми, пов'язані з оборотним неврологічним дефіцитом, тривалістю до 30 днів (Транзиторні ішемічні атаки, малий інсульт);

1.2.1.2. Пошкодження тканини головного мозку внаслідок травми, інфекції, інфекційного васкуліту і запальних захворювань;

1.2.1.3. Безсимптомний, прихований інсульт, виявлений методами візуалізації.

- 1.2.2. Випадок визнається страховим, якщо захворювання вперше діагностовано під час дії договору та з дати діагностування минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.
- 1.2.3. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.
- 1.2.4. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПШБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину.
- 1.2.5. Діагноз повинен ґрунтуватися на анамнезі захворювання, характерному для даного захворювання; клінічній картині (стійка неврологічна симптоматика); зміні тканин головного мозку, виявлених за допомогою променевих методів діагностики (комп'ютерна томографія - КТГ та / або магнітно - резонансна томографія - МРТ), змінах, виявлених в лікворі (спинномозкової рідини); інших типових ознака, виявлених лабораторними та інструментальними методами діагностики.
- 1.2.6. Наведені ознаки захворювання п. 1.2.5. повинні бути підтверджені документально (виписки з медичної документації хворого, з відповідними підписами лікуючого та головного лікаря і печаткою медичного закладу).
- 1.2.7. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа.
- 1.2.8. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.
- 1.3. Злоякісні новоутворення - це новоутворення, які характеризуються безконтрольним зростанням і розповсюдженням злоякісних клітин, метастазами і інвазією в здорові тканини, обов'язково підтверджені гістологічним дослідженням.
  - 1.3.1. Страховим випадком є злоякісне новоутворення, яке вперше діагностовано під час дії договору та від початку страхування застрахованої особи минуло більше 90 діб. Дане обмеження не розповсюджується на застрахованих осіб, за якими договір страхування переукладений на новий термін без перерви дії страхового покриття.
  - 1.3.2. Страховими випадками не визнаються:
    - 1.3.2.1. злоякісні пухлини, класифіковані за класифікацією TNM Clinical Classification як T1NoMo, T1aNoMo, T1b NoMo, T1c NoMo або злоякісні новоутворення, класифіковані за іншою класифікацією і відповідають вищезазначеним класам за класифікацією TNM.
    - 1.3.2.2. Хронічні лейкози.
    - 1.3.2.3. Неінвазивного раку (in situ)
    - 1.3.2.4. Будь- якого онкологічного захворювання, незалежно від стадії, при наявності ВІЛ – інфікування.
  - 1.3.3. Ознаки захворювання повинні бути підтверджені оригіналом медичної документації.

- 1.3.3.1. Оригінал медичної документації (виписаний епікриз / виписка з карти стаціонарного хворого / консультативний висновок), повинен бути виданий спеціалізованим медичним закладом (онкологічний інститут / центр / клініка), і містити детальну інформацію про захворювання: ПІБ пацієнта, дата звернення за медичною допомогою, терміни перебування в медичному закладі; скарги; анамнез захворювання; клінічну картину; результат, номер і дату цитологічного і / або гістологічного обстеження; променеві методи діагностики (рентгенологічні, комп'ютерна томографія - КТГ та / або магнітно - резонансна томографія - МРТ) або інші обстеження, які характерні і підтверджують дане захворювання; діагноз, з обов'язковим зазначенням ураженого органу, клінічної стадії за класифікацією TNM (P, G); рекомендації / результат лікування.
- 1.3.3.2. Оригінал медичної документації повинен бути завірений візами лікуючого лікаря, головного лікаря лікувальної установи та печаткою медичного закладу.
- 1.3.3.3. Давність медичного документа, який надається в Страхову компанію, не повинна перевищувати 15 днів від дати його видачі.
- 1.3.4. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки(опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.
- 1.3.5. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.
- 1.4. Аорто-коронарне шунтування**
  - 1.4.1. Страховим випадком є аорто-коронарне шунтування - операція, проведена на відкритому серці з використанням стернотомії не залежно від захворювання, яке призвело до операції, для радикального лікування стенозу або закупорки однієї або більше коронарних артерій. Підтвердженням необхідності в шунтуванні є результат передопераційної коронарографії, що свідчить про значне (більше 70%) звуження просвіту судини.
  - 1.4.2. Страховими подіями не визнаються балонна ангіопластика (Balloon Angioplasty), стентування (Percutaneous transluminal coronary angioplasty), лазерна ангіопластика (Photoplasty), ротопляція (Rotoplasty), всі внутрішньоартеріальні процедури.
  - 1.4.3. Випадок визнається страховим, якщо з дня проведення операції минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.
  - 1.4.4. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписаний епікриз (оригінал) з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних (коронарна ангіографія, електрокардіографія - ЕКГ, електроенцефалографія - ЕЕГ, ультразвукова діагностика, доплерографія, інші); висновок лікаря з рекомендацією аортокоронарного шунтування; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).
  - 1.4.5. Документи з медичних закладів повинні бути підтверджені підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та головного лікаря) і печаткою медичного закладу.
  - 1.4.6. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки(опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.
  - 1.4.7. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.
- 1.5. Трансплантація кісткового мозку.**

- 1.5.1. Страховим випадком є проведена трансплантація кісткового мозку, яка здійснилась у зв'язку із захворюванням, яке виникло вперше у житті й діагностовано під час дії договору. До таких захворювань належить злоякісні пухлини крові або пухлини інших органів, в результаті лікування яких виникла абсолютна недостатність кісткового мозку і потрібна трансплантація кісткового мозку.
  - 1.5.2. Випадок визнається страховим, якщо:
    - 1.5.2.1. Для трансплантації знадобилось видалення власного кісткового мозку Застрахованої особи.
    - 1.5.2.2. З дати проведення трансплантації минуло 30 днів та пацієнт залишився живий
    - 1.5.2.3. Органна недостатність Застрахованої повинна бути однозначно підтверджена інструментальними і лабораторними методами дослідженнями.
    - 1.5.2.4. Пересадка обґрунтована медичною необхідністю.
    - 1.5.2.5. Інші трансплантації стовбурових клітин виключаються.
    - 1.5.2.6. Випадок визнається страховим, якщо з дня проведення операції минуло 30 днів та пацієнт залишився живий.
  - 1.5.3. Підтвердженням страхового випадку є такі документи: виписний епікриз (оригінал) з обов'язковим зазначенням ПІБ пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалості лікування, анамнезу захворювання, остаточним діагнозом, проведеним лікуванням; результати інструментальних дослідження; протокол операції; інша медична документація, необхідна для проведення експертизи (на вимогу Страховика).
  - 1.5.4. Документи з медичних закладів повинні бути підтверджені підписом відповідальної особи (лікуючого лікаря та головного лікаря) і печаткою медичного закладу.
  - 1.5.5. Одержувачем страхового відшкодування є тільки застрахована особа або батьки(опікуни), якщо застрахована особа- дитина до 16 років.
  - 1.5.6. У разі смерті Застрахованої особи страхова виплата не здійснюється.
- 1.6. Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози;
  - 1.7. Параліч - втрата рухливої функції групи верхніх та нижніх кінцівок внаслідок ураження нервової системи (головного та/або спинного мозку);
  - 1.8. Сліпота - повна відсутність сприйняття світла, в т.ч. викликана значним звуженням полів зору;
  - 1.9. Операції на клапанах серця, аорти (по невідкладним показникам): протезування клапанів (аортального, мітрального); транслюмінальна ангіопластика із стентуванням; вальвулопластика – усунення звужень відтворів, які виникають внаслідок стенозу клапанів серця;
  - 1.10. Розсіяний склероз - хронічне захворювання нервової системи із прогресуючим пробігом хвороби, вираженою атаксією, ністагмом, дизартрією, спастичною слабкістю та ретробульбарним невритом.
2. Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх страхових подій, передбачених п.1. цього Додатку, або на випадок настання однієї або декількох страхових ризиків, з переліку, наведеного у п.1 цього Додатку
  3. Випадки, зазначені у п.1 цього Додатку, визнаються страховими, якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії Договору страхування та підтверджений документами медичних установ, за умови, що Застрахована особа прожила принаймні 30 днів після діагностування одного із станів, визначених як критичне захворювання, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.