



**“ЗАТВЕРДЖЕНО”**  
Генеральний директор  
ТДВ “СГ “ОБЕРІГ”  
/ І.Ф. Крендельов /

«29» листопада 2019 року

## **ПРАВИЛА**

# **ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

(безперервного страхування здоров'я)

нова редакція від «29» листопада 2019р.

м. Київ – 2019 р.

## 1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

**Асистанс** – структурний підрозділ Страховика або уповноважена Страховиком юридична чи фізична особа, що координує надання медичної допомоги Застрахованим особам та врегулює питання, пов'язані з відшкодуванням необхідних для цього витрат в межах страхової суми. Страховик має право без погодження зі Страхувальником змінювати Асистанс впродовж строку дії Договору.

**Договір страхування** – 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, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки і виконувати інші умови договору.

**Медична послуга** – дія чи комплекс дій, що передбачено Договором, який має певну вартість по наданню медичної допомоги, медико-транспортної допомоги, послуг транспортування до або з медичного закладу, медикаментозного забезпечення та їх доставки, медичної профілактики з метою збереження та покращення здоров'я Застрахованої особи.

**Медичні заклади** – підприємства, установи, організації або окремі фізичні особи підприємці, які надають населенню лікувальну, діагностичну, консультативну, профілактичну, реабілітаційну, бальнеологічну, фармакологічну, медично-транспортну та іншу медичну допомогу. Договором страхування може бути передбачене (обмежене чи дозволене) обслуговування в певних класах, типах та переліках Медичних закладів, що розташовані в Україні та/або за її межами.

**Медична картка** – документ встановленого зразка, що фіксує стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладення договору страхування.

**Нещасний випадок** – раптова, випадкова, короточасна, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

**Програма страхування** – частина договору страхування, що може визначати перелік, обсяг та умови надання медичних послуг, у разі наявності такої частини Договору страхування вона є невід'ємною складовою Договору страхування.

**Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком, відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

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

**Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій Третій особі.

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

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

**Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. У разі відсутності значення страхового тарифу в Договорі страхування, значення страхового тарифу приймається рівним значенню розрахованого наступним чином:

*СП : СС x 100 = Страховий тариф, де СП - це страховий платіж щодо конкретної Застрахованої особи або загально за Договором, а СС - це Страхова сума щодо конкретної Застрахованої особи або загально за Договором.*

**Страхувальники** – юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком договір страхування. Страхувальник може укласти із Страховиком договір про страхування третіх осіб (далі по тексту Застрахованих осіб), які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

**Період очікування (часова франшиза)** – може бути визначений договором страхування період часу, протягом якого окрема медична послуга не надається та не оплачується Страховиком.

**Травма** – порушення анатомічної цілісності тканин та органів, що супроводжується розладом їх функцій та обумовлене дією різноманітних факторів навколишнього середовища.

**Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

**Хвороба (захворювання)** – патологічні зміни в організмі або окремому органі чи тканині людини, що призвели до зниження або втрати властивих їм функцій і вимагають надання медичної допомоги.

**Ліміт відповідальності Страховика** – це грошова сума, в межах страхової суми, в рамках якої Страховик, відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Згідно Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Правила) ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА ГРУПА «ОБЕРІГ» (надалі – Страховик) укладає договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальники).

2.2. Страхувальник може укласти договори медичного страхування щодо себе або щодо третіх осіб (надалі – Застраховані особи), які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування, у разі страхування третіх осіб Страхувальник повинен отримати згоду застрахованих осіб на таке страхування та збір, обробку, зберігання та передачу третім особам персональних даних застрахованих осіб (така письмова згода зберігається у Страхувальника впродовж всього строку дії Договору страхування та має бути надана Страховику за першою вимогою). Укладання Страхувальник свідчить про беззаперечний факт наявності отримання Страхувальником такої згоди та підтвердження її належним чином Страховику.

2.3. Якщо договір страхування укладено Страхувальником про страхування власного здоров'я, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.4. Договір страхування укладається відповідно до Правил страхування.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

4.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником і Страховиком при укладенні договору страхування.

4.2. Договором страхування можуть бути передбачені окремі ліміти відповідальності для програм страхування, певних видів медичних послуг, а також для визначених станів або захворювань.

4.3. Умовами договору страхування за узгодженням Сторін може встановлюватися неоплачувана Страховиком частина витрат, пов'язаних з одержанням Застрахованою особою медичних послуг, передбачених відповідним Договором страхування (франшиза).

4.4. Розмір франшизи може бути визначений, як в абсолютній величині, так і як відсоток від страхової суми та/або вартості медичних послуг. Франшиза може бути встановлена в цілому за договором страхування, по будь-якій частині програми страхування, а також по конкретним Застрахованим особам. У межах одного договору страхування допускається використання різних типів і розмірів франшизи.

### **5. СТРАХОВІ РИЗИКИ**

5.1. Страховим ризиком за цими Правилами є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

5.2. Страхова подія, може бути визнана страховим випадком за цими Правилами, у разі звернення Застрахованої особи в період дії договору страхування до Асистансу або медичного закладу з числа, визначених договором страхування, для отримання медичних послуг, передбачених Договором страхування, у випадках:

- гострого захворювання;
- загострення або ускладнення хронічного захворювання;
- травм, опіків та інших нещасних випадків;
- необхідності надання реабілітаційної та/або профілактичної допомоги;
- інших станів, що потребують надання медичної допомоги.

5.3. Конкретний перелік медичних послуг, що надаються за договором страхування, та станів, при яких вони надаються, визначається в Програмі страхування.

5.4. Договір страхування може включати медичні послуги по наданню таких видів медичної допомоги, як:

- амбулаторно-поліклінічна;
- стаціонарна;
- акушерська;
- стоматологічна;
- швидка (невідкладна) медична допомога;
- медикаментозне забезпечення;
- реабілітаційно-відновлювальна та профілактично-оздоровча допомога.

5.4.1. Детальний опис медичних послуг, що включені в конкретний Договір страхування наводиться Страховиком безпосередньо в Договорі страхування.

5.5. Договір страхування може включати окремі обмежувальні умови по наданню будь-якої з медичних послуг, певного переліку послуг або усього комплексу медичних послуг.

## **6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Страхуваними випадками не визнаються звернення Застрахованої особи у зв'язку з:

6.1.1. Хворобою чи розладом здоров'я, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, а також лікарських засобів без призначення лікаря, самолікування.

6.1.2. Травматичними ушкодженнями, які отримані під час знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, а також внаслідок передачі Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, що перебуває в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння.

6.1.3. Хворобою або травмою, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень або замаху на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджується відповідним вироком суду, який набрав законної сили.

6.1.4. Травматичним ушкодженням або іншим розладом здоров'я, що статися внаслідок вчинення чи спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій, факт наявності яких підтверджено відповідними документами.

6.1.5. Отриманням послуг, не передбачених договором страхування.

6.2. Страхуваними випадками не визнаються виплати, якщо Застрахованою особою отримані:

6.2.1. Медичні послуги, які не призначені лікарем або отримані за бажанням Застрахованої особи без призначення лікаря.

6.2.2. Послуги у медичних закладах, що не зазначені у договорі страхування.

6.3. Страхуваними випадками не визнаються виплати у зв'язку з захворюваннями або травмами, що викликані:

6.3.1. Впливом ядерного вибуху, радіацією або радіоактивного забруднення.

6.3.2. Військовими діями, а також маневрами чи іншими військовими заходами.

6.3.3. Громадянською війною, будь-якими народними заворушеннями або страйками.

6.3.4. Стихійними лихами.

6.4. Страхуваними випадками не визнаються виплати, якщо Застрахована особа має право виключити або включити в програму страхування існуючі раніше хронічні захворювання, явні симптоми яких проявлялися протягом попередніх 5 років або із приводу яких здійснювалося лікування протягом того ж періоду.

6.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування, якщо це не суперечить законодавству.

## **7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Договір страхування може бути укладено строком від одного дня до одного року, або на інший строк за згодою сторін.

7.2. Договір набирає чинності з моменту внесення страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Днем сплати страхового платежу вважається:

- при безготівковому розрахунку – день надходження грошових коштів на рахунок Страховика;

- при готівковому розрахунку – день внесення готівки до каси Страховика.

7.3. Дія договору страхування закінчується о 24:00 годині дати, яка вказана в договорі страхування, як дата закінчення дії договору, якщо інше не передбачено договором страхування.

7.4. Місцем дії договору страхування є Україна, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

## **8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. Для укладення договору страхування Страхувальник заявляє Страховику про свій намір укласти договір страхування (подає Страховику письмову чи усну заяву або іншим чином за згодою Сторін).

8.2. На вимогу Страховика, до укладення договору страхування особа, на користь якої укладається договір, заповнює анкету про стан свого здоров'я або проходить медичне обстеження. Зміст Анкети встановлюється Страховиком. На основі отриманих даних Страховик приймає рішення про укладення договору страхування.

8.3. Для оформлення договору Страховиком можуть бути зроблені запити на додаткові документи, які характеризують ступінь ризику.

8.4. Страхуваними випадками не визнаються виплати, якщо Застрахована особа має право відмовити Страхувальникові в укладенні Договору страхування у випадку відмови Застрахованої особи від заповнення анкети та/або проходження медичного обстеження.

8.5. Договір страхування може укладатися на одну або декілька програм страхування одночасно, як для однієї, так і для декількох Застрахованих осіб. Конкретний склад послуг, що надається за кожною програмою страхування, зазначається в договорі страхування.

8.6. Договір страхування може бути укладений на умовах "до першого страхового випадку". За умовами такого договору Страховик оплачує медичні послуги, що отримані Застрахованою особою, тільки один раз протягом строку дії Договору страхування, у обсязі та на умовах визначених договором страхування, з урахуванням вимог Закону України «Про страхування».

8.7. Договір страхування може бути укладений на умовах "з лімітом відповідальності по одному страховому випадку". За умовами такого договору Страховик оплачує медичні послуги, отримані Застрахованою особою при кожному страховому випадку, тільки в межах ліміту відповідальності, встановленого договором страхування в межах страхової суми для одного страхового випадку.

8.8. Умовами договору страхування за погодженням Сторін може встановлюватися ліміт відповідальності Страховика по будь-якій частині програми страхування або для окремих станів чи захворювань. Розмір ліміту відповідальності Страховика може бути визначений в абсолютній величині, у відсотках від страхової суми або в граничній кількості разів надання певних медичних послуг протягом дії договору страхування. У рамках одного договору страхування допускається використання різних типів і розмірів лімітів відповідальності.

8.9. Договір страхування складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із сторін.

8.10. При укладенні договору страхування страховик має право запросити у страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою) та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику.

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

8.12. При укладенні договору страхування Застрахованим особам може видаватися індивідуальна іменна картка або інший іменний документ для звернення за отриманням медичних послуг, передбачених договором страхування.

8.13. При укладенні договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний дати свою згоду на надання Страховикові інформації медичними працівниками та іншими особами, яким у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків стане відомо про обставини настання, результати медичного обстеження та лікування Застрахованої особи з приводу захворювання, травми або іншого розладу здоров'я.

8.14. В договорі страхування Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил страхування не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування, якщо це не суперечить законодавству України.

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **9.1 Страхувальник має право:**

9.1.1. Достроково припинити дію договору страхування.

9.1.2. За домовленістю з Страховиком внести зміни до умов чинного договору страхування, про що укладається додаткова угода з врахуванням умов розділу 19 цих Правил.

9.1.3. Вимагати у Страховика оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах сум та переліку, передбаченому договором страхування.

9.1.4. Отримати дублікат договору страхування у випадку його втрати.

9.1.5. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в судовому порядку.

### **9.2. Страхувальник зобов'язаний:**

9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

9.2.2. При укладенні договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

9.2.3. При укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору.

9.2.4. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я особи, щодо якої укладається договір страхування.

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

9.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

9.2.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

### **9.3. Страховик має право:**

9.3.1. Достроково припинити дію договору страхування, у разі неналежного виконання Страхувальником своїх обов'язків.

9.3.2. До укладення договору страхування та/або під час його дії вимагати результатів медичного обстеження Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки стану здоров'я Застрахованої особи та ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

9.3.3. Відмовити в укладенні договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження.

9.3.4. Перевіряти надану Страхувальником та Застрахованою особою інформацію, а також виконання ними умов договору.

9.3.5. Надсилати запити до компетентних органів та установ про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку. До компетентних органів та установ, за умовами цих Правил відносяться: медичні заклади та установи, які надають послуги Асистансу та інші органи та установи, які можуть надати відомості та підтвердити факт настання страхового випадку.

9.3.6. Відмовити у страховій виплаті у випадках, передбачених Правилами.

9.3.7. Заявляти зворотні вимоги до Страхувальника (Застрахованої особи) на суму сплачених Страховиком страхових виплат, які не підлягати сплаті згідно з умовами договору страхування, якщо це передбачено договором страхування.

9.3.8. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

#### **9.4. Страховик зобов'язаний:**

9.4.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами страхування;

9.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику.

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором сірок. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхової суми шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

9.4.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору.

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

9.4.6. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

#### **9.6. Застрахована особа має право:**

9.6.1. На страхову виплату за медичні послуги, які були надані у відповідності з договором страхування.

#### **9.7. Застрахована особа зобов'язана:**

9.7.1. Проходити лікування тільки в лікувальних закладах, визначених Страховиком.

9.7.2. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це зі Страховиком до отримання цих послуг, а у випадках звертання Застрахованої особи за екстреною медичною допомогою повідомити Страховика про таке звертання не пізніше 48 годин з моменту, як тільки з'явиться можливість це зробити.

9.7.3. Дотримуватися вимог умов договору страхування, розпоряджень лікаря, внутрішнього розпорядку медичного закладу при одержанні медичної допомоги.

9.7.4. Забезпечити збереження особистих страхових полісів, сертифікатів та медичних карток і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

9.7.5. Надати Страховику право на ознайомлення з медичною документацією та отримання інформації від лікарів та інших осіб, що надають медичні послуги, з будь-яких медичних та інших закладів для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування та оплатою наданих Застрахованій особі послуг.

### **10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

10.1. В разі настання страхового випадку для одержання необхідної медичної допомоги Страхувальник (Застрахована особа) має звернутися до Асистансу за телефонами, вказаними в договорі страхування та повідомити номер договору, інформацію про Застраховану особу, її скарги, стан та місцезнаходження, якщо інший порядок звернення не вказаний в договорі страхування.

10.2. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа або її представник.

10.3. Медичні послуги надаються на підставі пред'явлення Застрахованою особою договору страхування та документу, що посвідчує її особу.

### **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО**

## **ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

11.1. Для компенсації вартості наданих Застрахованим особам медичних послуг медичні заклади надають Страховику рахунки, акти виконаних робіт та іншу документацію стосовно страхового випадку.

11.2. Для одержання виплати вартості самостійно оплачених Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг та/або медикаментів (в обсязі та межах, визначених договором страхування). Страхувальник (Застрахована особа) подає Страховику заяву про виплату, договір страхування, документи, що підтверджують особу заявника та документи, що підтверджують факт настання та оплати медичних послуг та медикаментів:

- довідку з лікувально-профілактичного закладу з зазначенням дати звернення Застрахованої особи, причини звернення, строку лікування, встановленого діагнозу та призначених у зв'язку з цим захворюванням медичних послуг та медикаментів;
- рахунки, чеки, квитанції, що підтверджують оплату медичних послуг та медикаментів;
- рецепти на придбання медикаментів.

11.3. З урахуванням характеру події, що відбулась. Страховик має право вимагати додаткові документи, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку, розмір витрат та виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору .

11.4. Ненадання Страхувальником зазначених документів дає права Страховику відмовити у страховій виплаті.

11.5. Страховик має право перевіряти надану інформацію та направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану здоров'я. Висновок лікаря-експерта Страховика є обов'язковим для виконання Страховиком, Страхувальником та Застрахованою особою.

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

12.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з договором страхування страхового акта, який складається Страховиком.

12.2. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг та медикаментів, необхідних для лікування.

12.3. Страхові виплати за Договором страхування можуть здійснюватися залежності від умов договору страхування):

- шляхом перерахування коштів за надані медичні послуги на рахунок медичного закладу або Асистансу (в порядку та строки відповідно до укладеного з медичним закладом та/або Асистансом договору на обслуговування Застрахованих осіб);

- шляхом виплати Страхувальнику (Застрахованій особі) понесених витрат, якщо оплата медичних послуг та медикаментів була здійснена самостійно Страхувальником (Застрахованою особою), при цьому таке звернення було погоджене зі Страховиком.

12.4. Оплата вартості медичних послуг здійснюється після визнання події страховим випадком та перевірки Страховиком отриманих документів на відповідність програмі страхування та відсутності обмежень та виключень із страхових випадків, передбачених договором страхування та цими Правилами

12.5. Страхову виплату Страховик здійснює в безготівковому порядку відповідно до бажання Страхувальника (Застрахованої особи), про що зазначається у заяві про виплату.

12.6. Загальна сума виплат за одним або декількома випадками з однією Застрахованою особою не може перевищувати страхової суми, встановленої даним Договором на одну Застраховану особу та відповідних лімітів.

## **13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ПРО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

13.1. Протягом 10 робочих днів з дня отримання усіх належним чином оформлених документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, Страховик приймає рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті та складає Страховий акт.

13.2. Про відмову в страховій виплаті Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 робочих днів з дня прийняття рішення.

13.3. Відмова у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником в судовому порядку.

13.4. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, іншим одержувачем страхової виплати) документів, строк прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 180 робочих днів.

13.5. Всі виплати по страховим випадкам проводяться протягом 30 робочих днів, після прийняття відповідного рішення та складання Страхового акту, за умови отримання Страховиком всіх необхідних для цього документів, підписання їх всіма зацікавленими сторонами, якщо інше не вказано в договорі страхування.

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

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена умова не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

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

14.1.3. Подання Страхувальником завідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

14.1.4. Створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

14.1.5. Інші випадки, передбачені законом.

14.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.3. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком у строк не більший передбаченого Договором страхування та повідомляється Страхувальнику з обґрунтуванням причин відмови.

14.4. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

#### **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1. Закінчення строку дії договору страхування.

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

15.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено відносно декількох осіб одночасно, то у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

15.1.4. В інших випадках передбачених Договором страхування.

15.1.5. 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 вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

15.1.6. Ліквідація Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

15.1.7. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.8. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

15.1.9. В інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

15.3. Про намір достроково припинити дію договору страхування сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

15.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

15.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена доведенням порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування, за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

15.7. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.



15.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі були здійсненні в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

## **16. СТРАХОВИЙ ТАРИФ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ**

16.1 Розмір страхової премії визначається, виходячи з програми страхування, переліку медичних послуг, вартості їх надання в обумовлених договором страхування медичних закладах, розміру страхової суми, строку дії Договору страхування та річного страхового тарифу (Додаток 1 до цих Правил) з урахуванням результатів оцінки ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

16.2. Конкретний розмір страхової премії визначається у договорі страхування та залежить від обраних умов страхування.

16.3. Страхова премія сплачується Страхувальником в порядку і розмірі, що встановлені умовами договору страхування.

16.4. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою в касу Страховика або використати безготівкові форми розрахунків.

16.5. Страхувальники вносять платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник – нерезидент – іноземною вільноконвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.6. Якщо страховий випадок наступив до сплати чергового страхового внеску, Страховик має право при визначенні розміру страхової виплати вирахувати суму несплаченого страхового внеску.

## **17. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

17.1. Страховик за жодних обставин не несе відповідальності за якість наданих медичних послуг та результат їх надання.

17.2. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагнозу, перебігу лікування та прогнозів його результатів, а також використовувати цю інформацію для вирішення питань, пов'язаних з виконанням договору страхування, оплатою наданих Застрахованій особі послуг, захистом прав Застрахованої особи.

## **18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

18.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов договору страхування, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

18.2. Суміжні термінологічні спори, тобто спори стосовно трактування термінів і спеціальних понять (включаючи формулювання результатів профілактичного огляду, профілю захворювання, діагнозу, назви/виду медичної допомоги, класифікацію ушкоджень, травм, уражень організму Застрахованої особи, тощо), які мають відношення до майнових інтересів Страхувальника, Застрахованої особи або Страховика, підлягають врегулюванню і вирішенню на підставі відповідних тлумачень поданих в офіційних спеціалізованих виданнях (довідники, словники, класифікатори).

## **19. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

19.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за згодою сторін.

19.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижня до запропонованого строку внесення змін.

19.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до чинного Договору страхування.

19.4. Додаткова угода до договору страхування є його невід'ємною частиною.

## **20. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН**

20.1. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

20.2. У випадку порушення Застрахованою особою медичних розпоряджень і рекомендацій лікарського персоналу, а також недотримання правил внутрішнього розпорядку встановлених у медичному закладі, медичний заклад має право припинити обслуговування Застрахованої особи, зробивши відповідну позначку в листі непрацездатності та/або історії хвороби амбулаторного або стаціонарного хворого. При цьому Страховик має право припинити договір страхування у відношенні даного Застрахованого в порядку, передбаченому договором страхування.

## БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Розмір базового річного страхового тарифу становить 2% від страхової суми за Договором. В залежності від групи ризику використовуються коефіцієнти до базового страхового тарифу визначені (описані) цим Додатком.

### Коефіцієнт короткостроковості при страхуванні строком менше, ніж 1 рік

- страхування строком до 1 місяця - від 0,01 до 0,2
- страхування строком до 2 місяця - від 0,15 до 0,35
- страхування строком до 3 місяців - від 0,20 до 0,50
- страхування строком до 4 місяців - від 0,30 до 0,60
- страхування строком до 5 місяців - від 0,40 до 0,65
- страхування строком до 6 місяців - від 0,50 до 0,70
- страхування строком до 7 місяців - від 0,60 до 0,75
- страхування строком до 8 місяців - від 0,65 до 0,80
- страхування строком до 9 місяців - від 0,75 до 0,85
- страхування строком до 10 місяців - від 0,80 до 0,90
- страхування строком до 11 місяців - від 0,85 до 0,95

### Коефіцієнт врахування віку та статі Застрахованої особи

В залежності від віку Застрахованої особи Страховик може застосувати підвищувальні (від 1,0 до 20,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,05) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

### Коефіцієнт класу медичних закладів для обслуговування Застрахованої особи

В залежності від класу медичних закладів для обслуговування Застрахованої особи Страховик може застосувати підвищувальні (від 1,0 до 20,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,05) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

### Коефіцієнт регіону обслуговування Застрахованої особи

В залежності від регіону обслуговування Застрахованої особи Страховик може застосувати підвищувальні (від 1,0 до 20,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,05) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

### Коефіцієнт регіону обслуговування Застрахованої особи

В залежності від регіону обслуговування Застрахованої особи Страховик може застосувати підвищувальні (від 1,0 до 20,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,05) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

### Коефіцієнт врахування розміру страхової суми

В залежності від розміру страхової суми щодо конкретної Застрахованої особи та/або в цілому за Договором Страховик може застосувати підвищувальні (від 1,00 до 20,00) та понижуючих (від 1,00 до 0,005) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від чинників, які на думку Страховика впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (віку, роду професійної діяльності та побічних занять, специфіки умов праці, ступеню психоемоційних навантажень, спадковості, побутових звичок, вживання алкоголю, тютюну, умов та місця проживання, стану здоров'я на момент укладення договору страхування, наявності або відсутності хронічних захворювань, генетично-конституціональної схильності та ймовірності

виникнення спадково-обумовлених захворювань тощо) та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих осіб, що одночасно приймаються на страхування, специфіки підприємства, статево-вікових факторів, рівня збитковості за попередні роки страхування), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,00 до 5,00) та понижуючих (від 1,00 до 0,05) коригувальних коефіцієнтів шляхом множення коригувального коефіцієнту на базовий страховий тариф. Коефіцієнти зазначені в цьому Додатку застосовуються або не застосовуються на розсуд Страховика.

У будь-якому випадку при застосуванні коригувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 40 (сорока) відсотків від страхової суми для практично здорових людей та 70 (семидесяти) відсотків при страхуванні осіб з наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях.

Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів складає 60 (шістдесят) відсотків в структурі кінцевого страхового тарифу зазначеного в Договорі страхування.