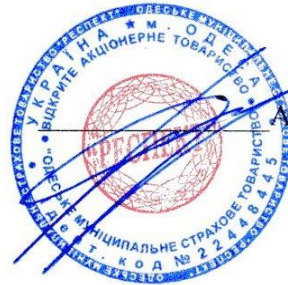


ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Правління
ВАТ "ОМСТ "Респект"



Д. Сілов

ПРАВИЛА
добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

№ 1-04/07 від 5 квітня 2007 року

м. Одеса

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Відкрите акціонерне товариство „Одеське Муніципальне товариство „Респект” (надалі - Страховик) та відповідно до Закону України "Про страхування" укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі - Договір страхування) з юридичними особами та дієздатними громадянами (надалі - Страхувальники).

1.2. Страхувальники можуть укладати із Страховиками Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Якщо Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Застрахованою особою за цими Правилами, якщо інше не передбачено Договором страхування, може бути особа у віці до 70 років.

1.4. Застрахована особа, яка визначена у Договорі страхування, може бути замінена Страхувальником на іншу особу лише за згодою Страховика шляхом письмового повідомлення Страховика за умови відсутності виплат страхового відшкодування по відношенню до Застрахованої особи, яка замінюється. При цьому Страховик у разі збільшення страхового ризику має право вимагати доплати страхового платежу.

1.5. За даними Правилами може бути укладений Договір страхування колективу працівників Страхувальника або групи осіб. В цьому випадку Договір страхування укладається Страхувальником – юридичною особою або фізичною особою – підприємцем про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини цих працівників, чи Страхувальником – фізичною особою про страхування групи фізичних осіб (Застрахованих).

До Договору страхування додається список Застрахованих осіб, та інформація, яка необхідна Страховику для оцінки ризику.

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

1.7. Страховик не укладає Договорів добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби у відношенні осіб, які на момент укладення Договору:

- ВІЛ - інфіковані;
- мають злоякісні новоутворення, у тому числі онкогематологічні;
- є інвалідами 1 або 2 груп;
- госпіталізовані;
- мають важкі захворювання ендокринної системи.

1.8. Дані Правила регулюють загальні умови та порядок укладення Договору страхування. Конкретні умови страхування визначаються у Договорі страхування за згодою сторін. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути включені додаткові умови, що не суперечать законодавству України та цим Правилам.

2. ОБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ ТА СТРАХОВІ РИЗИКИ

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

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

Згідно цих Правил страхування страховими ризиками є наступні події, в залежності від обраної при укладанні договору Програми страхування:

2.2.1. **За Програмою „А”** - настання будь-якої хвороби у Застрахованої особи, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше п'яти діб або витрати на невідкладну медичну допомогу під час виїзду та перебування за кордоном;

2.2.2. **За Програмою „В”** - хвороба, що настала вперше в житті Застрахованої особи, із встановленого у договорі страхування переліку класів хвороб, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше семи діб;

2.2.3. **За Програмою „С”** - хвороба, що настала вперше в житті Застрахованої особи, із встановленого у договорі страхування переліку класів хвороб, тривалість терапевтичного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше п'яти діб.

2.2.4. **За Програмою "D"** (страхування іноземних громадян та громадян країн СНД, які перебувають на території України) - настання будь-якої хвороби у Застрахованої особи, тривалість амбулаторного або стаціонарного лікування якої в закладах охорони здоров'я становить не менше трьох діб.

2.2.5. **За Програмою „Е”** «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво.

Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату вартості кваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договори про співробітництво; проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування; рентгенологічні дослідження, ЕКГ, РВГ, РЕГ, ЕЕГ, ультразвукове, термографічне обстеження; нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопія, РТ тощо;

- проведення комплексного диспансерного обслуговування;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших;
- динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії договору страхування; надання допомоги на дому; проведення реабілітаційних заходів після перенесеного гострого або загострення хронічного захворювання; фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками;
- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

2.2.6. **За Програмою „F”** «Стаціонарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості стаціонарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з моменту отримання напрямку лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

2.2.7. **Програма „G”** «Швидка медична допомога».

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

2.2.8. **Програма „H”** «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосуванням нових технологій; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу –

лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургичну допомогу – удаління зубу.

2.2.9. Програма „I“ «Аптека».

Забезпечення Застрахованої особи лікарськими засобами для лікування гострих захворювань, чи ускладнень захворювань.

2.2.10. За Програмою "J" «страхування на випадок критичних захворювань» - вперше виявлені у період дії договору страхування нижчезазначені захворювання, які надалі називаються критичними:

- інфаркт міокарда. Відмирання частини серцевого м'язу в результаті недостатнього кровопостачання у відповідній зоні. Діагноз повинен ґрунтуватись на історії типових болів у грудній області, нових електрокардіографічних вимірів та/або збільшення серцевих ензимів;

- інсульт. Інцидент з судинами головного мозку, що призводить до стійкого руйнування неврологічного статусу. Виключаються зі страхування минулі ішемічні приступи;

- онкологічні захворювання. Злоякісні новоутворення, що характеризуються неконтрольованим ростом і розповсюдженням злоякісних клітин та інвазією тканин, включаючи лейкемію. Виключається із страхування: неінвазивний рак, виявлений в першій стадії, пухлини за наявності будь-якого вірусу ВІЛ інфекції та будь-який рак шкіри, крім інвазивної злоякісної меланоми;

- хвороби серця, що вимагають аортокоронарного шунтування. Перенесення операції на відкритому серці за рекомендацією кардіолога з метою корекції звуження або усунення блокади в одній або більше коронарних артеріях за допомогою встановлення шунта. Виключаються із страхування захворювання, викликані застосуванням балонної ангіопластики, лазерної або інших неінвазивних процедур;

- хвороби, які вимагають пересадки життєво важливих органів. Перенесення операції з приводу пересадки серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку;

- ниркова недостатність. Остання стадія незворотної хронічної ниркової недостатності, при якій обидві нирки не можуть функціонувати, в результаті чого стає необхідним регулярний нирковий діаліз та/або операція з пересадки нирки.

Також за цією програмою страхування страховим ризиком визнається смерть Застрахованої особи внаслідок критичних захворювань, виявлених під час дії Договору страхування.

2.2.11. Смерть Застрахованої особи (летальний наслідок) внаслідок хвороби, що передбачена відповідною Програмою страхування та Договором страхування як страховий випадок.

2.3. Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу чи Спадкоємцю.

Страховими випадками за цими Правилами є перелічені у п. 2.2 цих Правил події, які сталися протягом дії Договору страхування (за винятком обставин, передбачених розділом 3 даних Правил) та підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичні заклади, правоохоронні органи, суд тощо) у встановленому законодавством порядку.

Зазначені у п. 2.2 цих Правил події визнаються страховими випадками, якщо відповідний діагноз був встановлений у період дії договору страхування та підтверджений документами медичних установ.

2.4. Перелік класів хвороб, які можуть бути визначені у договорі страхування:

- інфекційні та паразитарні хвороби;
- новоутворення;
- хвороби ендокринної системи;
- хвороби крові та кровотворних органів;
- хвороби нервової системи та органів чуття;
- хвороби системи кровообігу;
- хвороби органів дихання;
- хвороби органів травлення;

- хвороби сечостатевої системи;
- ускладнення вагітності;
- хвороби шкіри та підшкірної клітковини;
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;
- травми та отруєння.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страхуваними випадками не вважаються:

- 3.1.1. хвороби, виявлені до початку терміну дії Договору;
 - 3.1.2. хронічні хвороби;
 - 3.1.3. спадкові хвороби;
 - 3.1.4. уроджені хвороби;
 - 3.1.5. професійні хвороби;
 - 3.1.6. захворювання, пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів;
 - 3.1.7. захворювання, пов'язані з проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення і (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;
 - 3.1.8. лікування, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;
 - 3.1.9. хвороби, пов'язані із стихійними лихами;
 - 3.1.10. хвороби, пов'язані із військовими діями будь-якого роду, тероризму, акту агресії, громадських безладь, заколоту, революції;
 - 3.1.11. навмисне спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
 - 3.1.12. знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;
 - 3.1.13. інфекційні та паразитарні хвороби, які виявлені протягом трьох тижнів з моменту укладення договору страхування, а також новоутворення та хвороби ендокринної системи, хвороби крові та кровотворних органів, хвороби нервової системи та органів чуття, системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, сечостатевої системи, ускладнення вагітності, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які виявлені протягом перших двох місяців з моменту укладення договору страхування (якщо інше не передбачено умовами договору);
 - 3.1.14. хвороби, що стали наслідками травми, отруєння, теплового удару, опіку, обмороження, дії радіоактивного випромінювання, ураження електричним струмом, контакту з тваринами і рослинами, якщо договором страхування не передбачено хвороби, що відносяться до класу "травми та отруєння" як страховий випадок;
 - 3.1.15. хвороби, що виникли внаслідок вживання алкоголю і його сурогатів, наркотичних або токсичних речовин; хвороби, що є наслідками спроб самогубства або скоєння Застрахованою особою протиправних дій, самолікування;
 - 3.1.16. венеричні захворювання;
 - 3.1.17. будь-які травматичні ушкодження та їх наслідки під час занять ризиковими видами спорту (пірнання, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, авто- та мотогонки, гірськолижний спорт, скелелазіння, альпінізм), якщо Договором страхування не обумовлено інше.
 - 3.1.18. будь-які травматичні ушкодження та їх наслідки під час участі у військових діях та заходах, страйках, пучках, громадських заворушеннях, терористичних актах;
 - 3.1.19. хвороби, що виникли як наслідок хвороб, вказаних в пп. 3.1.2. - 3.1.11 цих Правил.
- 3.2. Страхуванню не підлягають:
- 3.2.1. За Програмами "А", "В", "С", "D" - діти віком до 1 (одного) року;
 - 3.2.2. За програмами "В", "С", "D"- громадяни віком понад 70 років.

3.2.3. За програмою „Е”, „F”, „G” „Н”, „I” - діти віком до 1 року та громадяни віком понад 70 років, якщо інше не визначено умовами Договору страхування .

3.3. За програмою "В" - укладаються договори страхування здоров'я осіб допенсійного віку за усіма класами хвороб та осіб пенсійного віку до 70 років тільки за такими класами хвороб:

- 3.3.1. новоутворення;
- 3.3.2. хвороби ендокринної системи;
- 3.3.3. хвороби крові та кровотворних органів;
- 3.3.4. системи кровообігу;
- 3.3.5. хвороби внаслідок травм і отруєння.

3.4. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обмеження страхування.

4. СТРАХОВІ СУМИ ТА СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

4.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума визначається за згодою сторін.

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

4.3. Страховий платіж встановлюється Страховиком у відповідності до тарифів, які діють на момент укладення договору страхування. Страховиком використовуються страхові тарифи, наведені у Додатку № 1 до цих Правил, які є невід'ємною частиною цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається у Договорі страхування за згодою сторін з урахуванням рівня ризику та умов Договору страхування.

4.4. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово за весь термін страхування, якщо інше не передбачене договором страхування. Страхувальникові може бути надано право сплачувати страховий платіж частинами на умовах та у порядку, передбаченому Договором страхування.

4.5. Страховий платіж може сплачуватися готівкою або безготівковим шляхом, у грошовій одиниці України або у іноземній вільноконвертованій валюті у випадках передбачених чинним законодавством України, якщо інше не передбачене законодавством України.

5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

5.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. При укладанні Договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки Страховиком страхового ризику.

При укладанні Договору страхування групи осіб Страхувальником надається список осіб, які мають бути застрахованими. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

Страховик має право вимагати проведення медичного огляду осіб, які приймаються на страхування.

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

5.3. Договір страхування складається у 2-х примірниках, які мають однакову юридичну силу, і знаходяться по одному у кожній із сторін.

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

5.5. У випадку втрати Договору страхування в період його дії Страхувальнику видається дублікат. З моменту видачі дублікату втрачений договір втрачає чинність і ніякі виплати по ньому не здійснюються.

5.6. Всі зміни та доповнення до умов Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін протягом 5 робочих днів з моменту одержання заяви іншою стороною шляхом укладання Додаткової угоди до діючого Договору або шляхом переукладання Договору. Якщо яка-небудь сторона не згодна на внесення змін в Договір страхування, у 5-денний строк вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

Договір страхування за новими умовами починає діяти з моменту, коли сторонами були підписані такі умови.

5.7. Договір страхування може бути укладений на строк від 1 місяця до 1 року, якщо інше не визначено умовами Договору страхування.

5.8. Місце дії Договору страхування - територія України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. укладати Договори страхування відносно себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

6.1.2. при укладанні Договорів страхування призначати, за згодою Застрахованої особи, громадян або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат у разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;

6.1.3. у випадку відмови Страховика здійснити страхову виплату звернутися до Страховика з обґрунтованими претензіями і вимогою повторної перевірки документів у термін не більше 30 днів.

6.1.4. достроково припинити дію Договору страхування, якщо це передбачено умовами Договору;

6.1.5. вимагати від Страховика письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;

6.1.6. в разі здійснення заходів, що зменшили страховий ризик, подати Страховику письмову заяву щодо переукладання Договору страхування.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;

6.2.2. при укладенні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (в тому числі, пов'язані з професійною діяльністю Страхувальника/Застрахованої особи та місцем його/її перебування під час дії Договору страхування). Істотними є такі обставини, які можуть мати вплив на рішення Страховика щодо укладання Договору страхування взагалі або щодо укладання Договору на узгоджених із Страхувальником умовах;

6.2.3. повідомляти Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього об'єкта страхування;

6.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

6.2.5. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 3-х робочих днів (якщо інший термін не передбачено Договором страхування) будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення;

6.2.6. в разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому Договором страхування, узгодити це із Страховиком до отримання цих

послуг. Якщо Договором страхування передбачена організація надання та фінансування медичних послуг через Асистуючу компанію, то медичний заклад для отримання медичних послуг та обсяг медичних послуг узгоджується з Асистуючою компанією.

Якщо Страхувальник - юридична особа припиняє своє існування і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника. У разі смерті Страхувальника - громадянина, який уклав договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб. У разі визнання судом Страхувальника - громадянина недієздатним його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також виконання ним умов Договору;

6.3.2. робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, що можуть володіти інформацією про характер, причини та обставини страхового випадку;

6.3.3. з'ясувати причини та обставини страхового випадку, перевіряти всі представлені йому документи. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря;

6.3.4. відмовити у страховій виплаті згідно з розділом 9 цих Правил;

6.3.5. у випадку появи сумнівів щодо визнання події страховим випадком направити запити до компетентних органів (включаючи судові інстанції) та відкласти прийняття рішення про виплату (або відмову у виплаті) або здійснення страхової виплати до отримання необхідних документів від цих компетентних органів (але у будь-якому випадку термін відстрочки не може перевищувати 3-х місяців), повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу), Вигодонабувача у письмовій формі;

6.3.6. у разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику;

6.3.7. у випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору;

6.3.8. у разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи) або Вигодонабувача (Спадкоємця), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до яких призвели ці дії;

6.3.9. достроково припинити дію Договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов договору.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

6.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або Вигодонабувачу протягом 30 робочих днів (якщо інший термін не визначено у Договорі страхування) з дня прийняття такого рішення. Якщо Застрахована особа одержала платні медичні послуги в медичному закладі, з яким Страховик не має договірних відносин, за попереднім погодженням з Страховиком (Асистуючою компанією), та оплатила вартість цих послуг самостійно, їй здійснюється виплата в термін, передбачений умовами Договору страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або Вигодонабувачу неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

6.4.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик переукласти з ним Договір страхування;

6.4.5. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

6.5. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені договором страхування, здійснюють її батьки або опікуни.

6.6. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки сторін, які не суперечать чинному законодавству України. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема вона зобов'язана дотримуватися приписів лікаря, повідомляти про настання страхового випадку.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

7.1. Про настання страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен повідомити Страховика протягом 3-х робочих днів (якщо інший термін не передбачено Договором страхування) будь-яким способом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

7.2. Для отримання страхової виплати Страховику необхідно надати такі документи:

7.2.1. договір страхування, страхове свідоцтво (поліс, сертифікат), що є формою Договору страхування;

7.2.2. документи, що підтверджують настання страхового випадку (оригінали або завірені відповідними медичними установами або представником Страховика копії):

- заява про страхову виплату з зазначенням обставин настання та характеру страхового випадку від особи, яка визначена у договорі страхування для отримання страхової виплати;

- медична довідка (або довідки) із вказаними прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу, листок непрацездатності з медичного закладу з відповідним штампом;

- в разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби – свідоцтво про смерть Застрахованої особи;

7.2.3. документи про правонаступництво (для Спадкоємців);

7.2.4. паспорт особи, яка отримує страхову виплату;

7.2.5. матеріали слідчих та судових органів, якщо у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку, ведеться кримінальна справа, розпочато розслідування слідчими органами, розпочато судовий процес або закінчено розслідування або судовий розгляд;

7.2.6. інші документи, необхідні для з'ясування обставин страхового випадку.

7.3. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг, вона додатково до документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надає Страховику документи, що підтверджують факт сплати (квитанції, чеки, тощо). Сплата вартості лікарняних препаратів в цьому випадку здійснюється в межах обумовленої договором страхування суми.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування або законодавством на підставі заяви Застрахованої особи або Вигодонабувача і страхового акта.

8.2. Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів (якщо інше не передбачено договором страхування) після одержання ним всіх необхідних документів, вказаних в розділі 7.2. цих Правил, що підтверджують (або не підтверджують) факт настання страхового випадку і розмір збитків, приймає рішення про здійснення страхової виплати. Рішення про виплату страхового відшкодування приймається у вигляді складання страхового акту.

8.3. При цьому Страховик має право відстрочити прийняття рішення про виплату або про відмову у виплаті страхового відшкодування в разі особливо складних обставин страхового випадку, а також коли:

- є підстави сумніватись щодо наявності у Страхувальника або Вигодонабувача права на отримання страхового відшкодування – до отримання необхідних доказів;
- не повністю з'ясовані обставини страхового випадку, розмір збитків - до їх з'ясування;

- у зв'язку з виникненням збитку внаслідок страхового випадку у відношенні Страхувальника або Вигодонабувача порушено кримінальну справу або складено протокол про адміністративне правопорушення або пред'явлено позов до Страхувальника – до, відповідно, закриття кримінальної справи, набрання законної сили вироком суду, винесення постанови по справі про адміністративне правопорушення або набрання законної сили рішенням суду (Господарського суду);

- обсяги і характер збитків, заявлених Страхувальником, не відповідають причинам і обставинам страхового випадку - до з'ясування розміру фактичних збитків;

- інші причини, які не суперечать чинному Законодавству України, та пов'язані з конкретним страховим випадком.

8.4. Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику або Вигодонабувачу протягом 30 (тридцяти) робочих днів (якщо інший термін не визначено у договорі страхування) з дня прийняття такого рішення.

8.5. Розмір страхової виплати, якщо інше не передбачено Договором страхування становить:

За Програмами "А", "В", "С", "D" :

- при амбулаторному лікуванні та стаціонарному лікуванні терміном до 10 днів виплачується фіксований відсоток від страхової суми, вказаний в кожному окремому Договорі страхування, за кожен день непрацездатності (лікування)і, але не більше 10% від страхової суми (по одному страховому випадку);

- при стаціонарному лікуванні від 11 до 20 діб - 10% від страхової суми;

- при стаціонарному лікуванні від 21 до 30 діб - 20% від страхової суми;

- при стаціонарному лікуванні більше 30 діб - 30% від страхової суми.

В разі виникнення у Застрахованої особи вперше:

- Інфаркту міокарду, гострого порушення мозкового кровообігу (інсульту), злоякісного новоутворення - 75% від страхової суми (страхова виплата проводиться одноразово з урахуванням раніше проведених страхових виплат, але не більше загальної страхової суми);

В разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання - 100 % страхової суми.

Договором страхування можуть бути передбачені інші розміри страхових виплат.

8.6. За Програмами „Е”, „F”, „G”, „Н”, „І”:

- при настанні страхового випадку (звернення Застрахованої особи до медичного закладу з переліку визначених Договором страхування або до Асистуючої компанії, яка вказана в Договорі страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання чи нещасних випадків) медичні послуги надаються на підставі пред'явлення Договору страхування (або документу, що посвідчує факт укладання Договору страхування) та документу, що посвідчує Застраховану особу.

Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати медичному закладу або Асистуючій компанії вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в зв'язку із захворюванням в межах страхової суми, визначеної Договором страхування.

Медичний заклад/Асистуюча компанія сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у конкретному Договорі з медичним закладом/Асистуючою компанією.

Виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів медичного закладу, що надавав Застрахованій особі медичні послуги (заява про виплату, рахунок медичного закладу, документи, що підтверджують настання страхового випадку: медична картка, витяг

з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу), у порядку та терміни, передбачені Договором між Страховиком та медичним закладом/Асистуючою компанією.

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

При одержанні Застрахованою особою медичних послуг у медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено із Страховиком (Асистуючою компанією), після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику заяву про виплату, оригінали документів: рахунки медичного закладу та фармацевтичних установ, документи, що підтверджують настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу).

Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених із Страховиком, згідно рахунків медичних закладів, за письмовою заявою Застрахованої особи – безпосередньо медичному закладу. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг, вона додатково до документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надає Страховику документи, що підтверджують факт сплати (квитанції, чеки, тощо). Сплата вартості лікарняних препаратів в цьому випадку здійснюється в межах обумовленої Договором страхування суми.

Страховик здійснює страхову виплату в термін, передбачений Договором страхування, але цей термін не може перевищувати 30 (тридцять) робочих днів.

За Програмою "J" при настанні страхового випадку виплачується 100% страхової суми, визначеної Договором страхування.

8.7. Після отримання документів, визначених у пункті 8.1. цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату згідно умов пунктів 8.3 та 8.4 цих Правил. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

8.8. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи

8.9. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється відповідно до бажання особи, що отримує виплату, готівкою або в безготівковій формі.

8.10. Якщо Страхувальнику була надана можливість внесення страхового платежу частинами, то у разі несплати чергової частини платежу при настанні страхового випадку із суми, належної до виплати, Страховик утримує несплачену частину страхового платежу.

8.11. Рішення про виплату або відмову у виплаті приймається протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання документів, зазначених у п. 7.2 цих Правил. У термін 30 (тридцять) робочих днів здійснюється виплата страхового відшкодування або у 10 робочих днів письмово повідомляється про відмову у виплаті страхового відшкодування з обґрунтуванням причин відмови.

9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

9.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

9.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського 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;

9.1.2. вчинення Страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

9.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

9.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розмірів виплат;

9.1.5. інші випадки, передбачені законодавством України.

Зокрема, Договором страхування може бути передбачено, що Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа відмовляється від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання захворювання.

10. ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

10.1.1. закінчення строку дії Договору страхування;

10.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

10.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

10.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

10.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

10.1.6. прийняття судом рішення про визнання Договору страхування недійсним;

10.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України.

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

10.2.1. 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 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, 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.

10.2.2. У разі дострокового припинення Договору страхування, за вимогою страховика страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. 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 нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

10.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платіж було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ

12.1. Наслідки збільшення страхового ризику під час дії Договору страхування.

12.1.1. Під час дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно (протягом 3-х робочих днів), якщо інший термін не передбачено Договором страхування, повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво вплинути на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

12.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати Страхувальником додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

12.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору. При цьому Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.

12.1.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомить Страховика про значні зміни під час дії Договору страхування в обставинах, які враховувались при укладанні Договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору.

**Додаток
до Правил добровільного
страхування здоров'я
на випадок хвороби**

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Розміри базових річних страхових тарифів при страхуванні здоров'я на випадок хвороби зазначені в таблиці 1.

таблиця 1

Базові річні страхові тарифи у відсотках від страхової суми

номер п/п	Назва програми	Вік застрахованої особи	Страховий тариф для практично здорових	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями
1	Програма „А”	1-70	3	24
2	Програма „В”	1-70	5	40
3	Програма „С”	1-70	7	56
4	Програма „D”	1-70	6	48
5	Програма „Е”	1-15	8	70
		16-40	5	65
		41-55	6	65
		56-65	9	70
		66-70	10	80
6.	Програма „F”	1-15	8	30
		16-40	5	40
		41-55	6	40
		56-65	9	45
		66-70	10	50
7.	Програма „G”	1-15	6	60
		16-40	2	50
		41-55	4	50
		56-65	6	60
		66-70	8	70
8.	Програма „H”	1-15	18	30
		16-40	25	40
		41-55	26	40
		56-65	29	45
		66-70	30	50
9.	Програма „I”	1-15	8	30
		16-40	5	40
		41-55	6	40
		56-65	9	45
		66-70	10	50
10.	Програма „J”	1-70	4	32

2. Страховик при визначенні розміру страхової премії вправі застосовувати підвищуючі чи понижуючі корегуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів у залежності від різноманітних факторів, що впливають на рівень ризику.

Реальний страховий тариф за договором страхування розраховується шляхом множення базового страхового тарифу на корегуючі коефіцієнти.

Допускається використання корегуючих коефіцієнтів, добуток яких (за виключенням коефіцієнту короткостроковості) знаходиться в діапазоні 0,2-8,0.

Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

3. При укладенні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці 2.

Таблиця 2

Коефіцієнт короткостроковості

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,85	0,80	0,95	0,90

В залежності від кількості осіб, що страхуються одночасно (договору з юридичними особами) встановлюються наступні знижки наведені в таблиці 3.

Таблиця 3

Знижка тарифу

Чисельність застрахованих осіб	50-100	101-150	151-200	201-250	250-1000	Більше 1000
Знижка тарифу (у % від базових)	5	6	7	8	10	на індивідуальних умовах

4. Норматив витрат на ведення справи складає 30% від страхової премії.

Актуарій



В.Л. Бабко

Державна комісія з розслідування і
фінансових питань України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Дир. Департа. електр. комунікацій
Професор С.О.

10.05.04

В документі пронумеровано, прошито та
скріплено печаткою 15 аркушів.

044/1369

Голова Правління
ОМСТ "Респект" Сілов А.Д.

