

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРЕМ'ЄР ГАРАНТ ПРОФІ»**

Україна, 02091, м. Київ, вул. Ревуцького, буд. 15



«Затверджую»:

Директор
ТОВАРИСТВА «ПРЕМ'ЄР
ГАРАНТ ПРОФІ»
_____ МУСЬКО С.В.

Протокол № 4
від «07» вересня 2011 року

**ПРАВИЛА
добровільного страхування
здоров'я на
випадак хвороби**

м. Київ - 2011 р.

1. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, що призначена Страхувальником при укладенні договору страхування для одержання страхової виплати. Страхувальник має право замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку.

Договір страхування - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальникові 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 картка - документ встановленого зразка, що фіксує стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладення договору страхування.

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страхувальнику/Вигодонабувачу у разі настання страхового випадку, в рамках страхової суми.

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 відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальникові, 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.

Страхувальники - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, іноземці та особи без громадянства, що перебувають в Україні на законних підставах, користуються тими самими правами і свободами, а також несуть такі обов'язки, як і громадяни України, 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.

Тимчасова втрата працездатності (тимчасовий розлад здоров'я) - перебування осіб на амбулаторному або стаціонарному лікуванні, яке підтверджене відповідними документами.

Хвороба - порушення нормальної життєдіяльності організму, що діагностовано лікарем, яке призвело до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також до смерті Застрахованої особи.

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

Страховик - Товариство з додатковою відповідальністю «Прем'єр Гарант Профі».

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Згідно Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі - Правила) ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРЕМ'ЄР ГАРАНТ ПРОФІ» (надалі - Страховик) укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби з юридичними особами та дієздатними фізичними особами, іноземцями та особами без громадянства, що перебувають в Україні на законних підставах, користуються тими самими правами і свободами, а також несуть такі обов'язки, як і громадяни України (надалі - Страхувальники).

2.2. Страхувальник може укласти договори про страхування свого здоров'я або здоров'я третіх осіб (надалі - Застраховані особи). Якщо договір страхування укладено Страхувальником про страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.3. Застрахованими особами можуть бути особи, вік яких на день закінчення строку дії договору страхування не буде більшим ніж 75 років, якщо інше не передбачене договором страхування.

2.4. Не можуть бути застраховані:

- 1) повнолітні особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;
- 2) особи, що страждають тяжкими нервовими захворюваннями (пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, поразка нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), психічно хворі, хворі на СНІД);

3) інваліди I-ї групи.

2.5. Не укладаються договори про страхування здоров'я на випадок хвороби фізичних осіб, що знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, 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. За бажанням Страховика страхова сума в період дії Договору страхування може бути збільшена, в таких випадках укладається додаткова угода до договору страхування або укладається новий договір страхування на строк, який залишився до закінчення даного договору.

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. Договором страхування може бути передбачена частина збитків, що не відшкодовується Страховиком - франшиза.

4.4. Франшиза може бути умовною чи безумовною і встановлюватися у відсотках до страхової суми чи в абсолютному розмірі:

4.4.1. При умовній франшизі Страховик не несе відповідальності за збиток, що не перевищує величину франшизи, але відшкодовує збиток цілком при перевищенні ним величини франшизи.

4.4.2. При безумовній франшизі Страховик в усіх випадках відшкодовує збиток за вирахуванням величини франшизи.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховими ризиками, на випадок яких проводиться страхування, залежно від умов договору страхування можуть бути:

5.1.1. Тимчасова втрата працездатності (тимчасовий розлад здоров'я) Застрахованої особи внаслідок хвороби, передбаченої програмою страхування, з лікуванням в амбулаторних та/або стаціонарних умовах.

5.1.2. Первинна інвалідність, яка встановлена Застрахованій особі внаслідок хвороби, передбаченої Програмою страхування.

5.1.3. Смерть Застрахованої особи внаслідок хвороби, передбаченої Програмою страхування.

5.2. Договір страхування може бути укладений, як на випадок настання всіх ризиків, так і окремих.

5.3. Страховими випадками визнаються події, перелічені в пункті 5.1. цих Правил, що сталися під час дії договору страхування та документально підтверджені, і з настанням яких виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

5.4. Ці Правила передбачають укладення договорів страхування на випадок хвороб за наступними Програмами страхування:

№	Назва Програми
1.	Інфекційні та паразитарні хвороби
2.	Новоутворення
3.	Хвороби крові та кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму
4.	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин
5.	Розлади психіки та поведінки
6.	Хвороби нервової системи
7.	Хвороби ока та придаткового апарату
8.	Хвороби вуха та соскоподібного апарату
9.	Хвороби системи кровообігу
10.	Хвороби дихальної системи
11.	Хвороби органів травлення
12.	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини

13.	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини
14.	Хвороби сечостатевої системи
15.	Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду
16.	Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді
17.	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії
18.	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, які не класифіковані в інших рубриках
19.	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників

5.5. Склад Програм страхування встановлюється Страховиком згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятого перегляду (МКХ-10), прийнятого 43-ю Асамблеєю Всесвітньої Організації Охорони здоров'я. Програма страхування може містити, як весь перелік хвороб відповідного класу, так і окремі хвороби (нозології) цього класу, про що зазначається в договорі страхування.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Страховими випадками не визнаються події, які:

- сталися при спробі вчинення чи вчиненні Застрахованою особою протиправних дій;
- безпосередньо або опосередковано пов'язані з військовими діями будь-якого роду;
- пов'язані з порушенням свідомості чи істотним погіршенням психічного сприйняття

Застрахованої особи під впливом алкоголю, наркотиків, токсичних препаратів, а також медикаментів, що приймаються не за призначенням лікаря;

- викликані тілесними або іншими ушкодженнями здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, що не має відповідної медичної освіти;

- сталися при вчиненні Застрахованою особою самогубства чи спроби самогубства.

6.2. Страховик не здійснює страхову виплату за перші 5 днів лікування, якщо інше не передбачено договором страхування. При укладенні договору страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

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

7.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого 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 сплати готівкою в касу Страховика.

7.3. Договором страхування може бути передбачений період очікування - встановлений договором страхування період з початку дії договору, протягом якого Страховик не здійснює страхову виплату по окремим програмам страхування або окремим хворобам.

7.4. При укладенні договору страхування на новий строк (до закінчення строку дії чинного договору Страхування), новий договір набуває чинності з моменту закінчення попереднього договору та сплати Страхувальником страхової премії.

7.5. Дія договору страхування припиняється о 24:00 години доби, що зазначена, як дата закінчення дії договору.

7.6. Місцем дії договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладення договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком.

8.2. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. Список є невід'ємною частиною договору страхування, якщо інше не передбачене договором страхування. При укладенні договору Страхувальник повинен надати інформацію, яку вимагає Страховик, щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування здоров'я якої укладається договір. Страховик може вимагати медичного огляду особи, про страхування здоров'я якої укладається договір.

8.3. Договір страхування може укладатися на одну або декілька програм страхування одночасно, як для однієї, так і для декількох Застрахованих осіб.

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

8.5. У випадку втрати Страхувальником договору страхування в період його дії Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника видає дублікат договору, після чого втрачений договір вважається недійсним і виплати за ним не проводяться. При повторному загубленні договору в період його дії Страховик стягує зі Страхувальника грошову суму у розмірі вартості його виготовлення.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. При укладенні договору страхування призначити фізичних або юридичних осіб для отримання страхової суми (далі - Вигодонабувачі), а також замінити їх до настання страхового випадку. Якщо Вигодонабувачі не призначені, при настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 5.1.3 цих Правил, такими визнаються законні спадкоємці Застрахованої особи.

9.1.2. Достроково припинити дію договору страхування.

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

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. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладенні договору страхування, і надалі інформувати його про будь-які обставини стосовно Застрахованої особи, що впливають на ступінь ризику.

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

9.2.4. Сповідати Страховика протягом строку дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

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

9.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) календарних днів, якщо інше не передбачено умовами договору, з моменту, коли в нього з'явилась можливість це зробити, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа, якщо вона є повнолітньою. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 5.1.3 цих Правил, цих заходів повинні вжити Страхувальник або Вигодонабувач (законні спадкоємці).

9.3. Страховик має право:

9.3.1. Під час укладення договору страхування вимагати результатів медичного обстеження Застрахованого та інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

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

9.3.3. Надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин настання страхового випадку.

9.3.4. Відмовити у страховій виплаті у випадках передбачених Правилами.

9.3.5. Достроково припинити дію договору страхування, у разі неналежного невиконання Страхувальником своїх обов'язків.

9.3.6. До укладення договору страхування 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.

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

9.3.8. Страховик має право на ознайомлення з медичною документацією Застрахованої особи, що містить інформацію стосовно її історії хвороби, фізичного та психічного стану, діагноза, 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.

9.4.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з розділом 11 та розділом 12 цих Правил. Страховик несе матеріальну відповідальність за несвоєчасну страхову виплату шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

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

9.4.5. Відшкодувати витрати понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання та зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування.

9.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик переукласти із ним договір страхування.

9.6. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика та Страхувальника.

9.7. Застрахована особа має право:

9.7.1. На відшкодування за медичні послуги, які були надані у відповідності з договором страхування.

9.7.2. При втраті Медичної картки одержати дублікат Медичної картки відповідно до цих Правил.

9.8. Застрахована особа зобов'язана:

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

9.8.2. 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.

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

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

9.8.5. 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 В РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.

10.1. В разі настання страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) або Вигодонабувач (Спадкоємець), зобов'язаний протягом 5 робочих днів після настання події, що має ознаки страхового випадку (або при першій можливості, у випадку, коли змоги повідомити Страховика не було) письмово або будь-яким іншим способом повідомити Страховика. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа, якщо вона є повнолітньою.

10.2. При настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 5.1.3 Правил, цих заходів повинні вжити Вигодонабувач або законні спадкоємці.

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

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

11.1. Страхова виплата проводиться Страховиком згідно з договором страхування на підставі письмової заяви Застрахованої особи (Страхувальника) або Вигодонабувача (законного спадкоємця) та страхового акту, який складається Страховиком. Страхова виплата проводиться за умови визнання події страховим випадком.

11.2. Для одержання страхової виплати, при настанні страхового випадку, Страховику подаються такі документи:

- заява про виплату;
- договір страхування;
- листок непрацездатності (для дітей та непрацюючих осіб - довідка про безперервне стаціонарне/амбулаторне лікування встановленої форми);
- довідка медичного закладу (витяг з медичної картки стаціонарного-амбулаторного хворого, епікріз тощо), що підтверджує встановлення діагнозу хвороби, підписана відповідальною особою та завірена печаткою лікувального закладу;
- нотаріально засвідчена копія висновку відповідного закладу про встановлення групи інвалідності (при настанні інвалідності Застрахованої особи внаслідок хвороби);
- нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть (в разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби);
- документ, що посвідчує особу одержувача виплати (паспорт/посвідчення);
- документ про право успадкування (для спадкоємців);
- висновок судово-медичної експертизи, за необхідністю;
- матеріали слідчих та/або судових органів за необхідністю.

Страховик має право запросити від підприємства, установи, організації інші документи, які мають вирішальне значення для визначення розміру страхової виплати щодо даного страхового випадку, але ненадання таких документів не дає права Страховику відмовляти Страхувальнику в страховій виплаті.

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 не дає права Страховику відмовляти 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.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

12.1. Розмір страхової виплати, розраховується наступним чином:

12.1.1. При настанні страхового випадку, зазначеного у пункті 5.1.1 цих Правил, сплачується по 0,5% від страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності, але не більше ніж 40% від страхової суми, якщо інше не передбачено договором страхування.

12.1.2. При настанні страхового випадку, зазначеного у пункті 5.1.2 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування: у разі встановлення Застрахованій особі 1 групи інвалідності внаслідок хвороби – виплачується 100% від страхової суми; у разі встановлення 2 групи інвалідності – виплачується 70% від страхової суми; у разі встановлення 3 групи інвалідності – виплачується 50% від страхової суми.

12.1.3. При настанні страхового випадку, зазначеного у пункті 5.1.3 цих Правил, виплачується 100% від страхової суми.

12.2. Якщо після здійснення страхової виплати по страховому випадку з'явилися підстави для страхової виплати за наслідками цього ж страхового випадку у більшому розмірі, Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим самим страховим випадком.

12.3. Умовами договору страхування здоров'я на випадок хвороби може бути передбачена виплата страхова виплата шляхом оплати наданих Застрахованій особі в зв'язку з захворюванням платних медичних послуг або медикаментів в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання. Для цього Застрахована особа подає Страховику письмову заяву, до якої додаються всі платіжні документи лікувально-профілактичних закладів, що стосуються оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг або медикаментів у зв'язку з хворобою, передбаченою Програмою страхування.

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

12.5. Страхову виплату може одержати також інша особа за довіреністю, наданою Застрахованою особою Страхувальнику, що оформлена згідно чинного законодавства.

12.6. Належну страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, законного спадкоємця), про що зазначається у заяві про виплату.

12.7. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі, визначеному договором страхування.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

13.1. Протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх належним чином засвідчених документів і відомостей про обставини настання страхового випадку, згідно розділу 11 цих Правил, Страховик приймає рішення про виплату (або відмову у здійсненні страхової виплати) та складає Страховий акт.

13.2. Про відмову в страховій виплаті Страховик повідомляє Страхувальникові (Застрахованій особі) або Вигодонабувачеві (Спадкоємцю) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття рішення. Відмова у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником в судовому порядку.

13.3. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) або Вигодонабувачем (Спадкоємцем) документів, строк складання Страхового акту продовжується на період отримання Страховиком необхідних документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів.

13.4. Продовження строку прийняття рішення про виплату або відмову у страховій виплаті здійснюється за відповідним розпорядчим рішенням Страховика, що приймається у строк передбачений п.13.1. цих Правил та у строк передбачений п. 13.2. направляється Страхувальнику.

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 (згідно з цими Правилами), підписання їх всіма зацікавленими сторонами, якщо інше не вказано в договорі страхування.

13.6. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у страховій виплаті Страхувальникові.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

а) навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена підстава 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 Застрахованої особи, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

б) вчинення страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

в) подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

г) несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку (п.10.1 цих Правил) без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

д) неподання документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, якщо це передбачено умовами договору страхування;

е) 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.

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. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом

десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

15.1.5. 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».

15.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

15.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

15.1.8. 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 не передбачено самим договором страхування.

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 та страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

15.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальникові 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 нормативних 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 здійснені в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

16. СТРАХОВІ ТАРИФИ ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ

16.1. Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що визначається у Додатку 1 до цих Правил, з урахуванням результатів оцінки імовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

16.2. Страхова премія сплачується у порядку та строки, визначені договором страхування.

16.3. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу страхової компанії чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків.

16.4. Страхувальники, згідно з укладеними договорами страхування, мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а страхувальник - нерезидент - у іноземній вільноконвертованій валюті або грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.5. Якщо страховий випадок настав до сплати чергового страхового внеску, Страховик вправі при визначенні розміру страхової виплати вирахувати суму несплаченого страхового внеску.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Страховик гарантує дотримання лікарської таємниці у відповідності до чинного законодавства України.

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.

17.3. Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених Цивільним Кодексом України. Крім того, відповідно до Закону України «Про страхування» договір страхування визнається недійсним, якщо він укладений після настання страхового випадку. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

17.4. Зворотній переклад термінів з української мови на іншу (ділову) мову, зроблений за власної ініціативи Страхувальника не має юридичної сили, якщо протилежне не передбачено законом.

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 урегулюванню 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 письмовою 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, якщо це передбачено договором.

Додаток №1
до Правил добровільного
страхування здоров'я на випадок хвороби

Базові страхові тарифи для Програм страхування при укладенні договору страхування строком на 1 рік наведені у таблиці.

№	НАЗВА ПРОГРАМИ	Базовий страховий тариф для Програми страхування, % від страхової суми по даній Програмі		
		Страховий випадок		
		хвороба	інвалідність	смерть
1	Інфекційні та паразитарні хвороби	0,401	0,004	0,023
2	Новоутворення	0,717	0,099	0,257
3	Хвороби крові та кровотворних органів та окремі порушення з залученням імунного механізму	0,057	0,002	0,002
4	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	0,355	0,09	0,008
5	Розлади психіки та поведінки	0,499	0,036	0,002
6	Хвороби нервової системи	0,115	0,007	0,004
7	Хвороби ока та придаткового апарату	0,241	0,025	0,003
8	Хвороби вуха та соскоподібного апарату	0,183	0,012	0,004
9	Хвороби системи кровообігу	5,052	0,714	0,358
10	Хвороби дихальної системи	3,243	0,012	0,051
11	Хвороби органів травлення	1,424	0,007	0,039
12	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,745	0,003	0,001
13	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	0,716	0,012	0,002
14	Хвороби сечостатевої системи	1,457	0,005	0,014
15	Ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду	0,164	0,010	0,004
16	Окремі стани, що виникають в перинатальному періоді	0,022	0,005	0,012
17	Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,014	0,004	0,010
18	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, які не класифіковані в інших рубриках	0,021	0,007	0,0004
19	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	1,17	0,22	0,256

Якщо страхова сума встановлюється окремо для кожної програми страхування, то страховий платіж при укладенні договору страхування визначається як сума платежів, розрахованих для кожної Програми страхування.

При добровільному страхуванні здоров'я на випадок хвороби в залежності від групи ризику використовуються наступні коефіцієнти до базового страхового тарифу:

Коефіцієнт короткостроковості при страхуванні строком менш, ніж 1 рік

Строк страхування	Коефіцієнт, % від річного страхового тарифу *
1 місяць	25
2 місяця	30
3 місяця	35
4 місяця	40
5 місяців	50
6 місяців	60
7 місяців	70
8 місяців	75
9 місяців	85
10 місяців	90
11 місяців	95

* страховий платіж за неповний місяць сплачується як за повний. При страхуванні на період до 15 днів може застосовуватися коефіцієнт короткостроковості у розмірі 5% від річного страхового тарифу за кожний день страхування.

Норматив витрат страхової компанії, закладений у тарифах, складає 20%.

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику для конкретної Застрахованої особи (віку, роду професійної діяльності та побічних занять, умов праці, оточуючого середовища, ступеню психоемоційних навантажень, спадковості, рис характеру, побутових звичок, вживання алкоголю, тютюну, умов проживання, стану здоров'я тощо) та загальних ризикових факторів (кількості Застрахованих, специфіки підприємства, статевікових факторів), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,2) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф.

У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 20% від страхової суми для практично здорових людей та 60% при страхуванні осіб з наявністю захворювання в анамнезі або при хронічних захворюваннях.

Актурій

Підпис

1. Карманов І.В. П.І.Б.

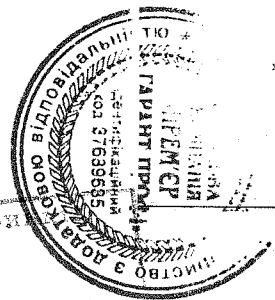
св. 504760 № 03-002
26.11.09

Пронумеровано, прошнуровано,
скріплено підписом та печаткою 12

(12 аркушів)

Директор
ТДП «СК «ПРЕМ'ЄР ГАРАНТ ПРОФІ»

/С.В. Мусько/



Державна комісія з регулювання ринку енергетики України
Фінансовий департамент

ЗАРЕЄСТРОВАНО

В.О. директора департаменту
В.В. Жесан

Підпис

20.10.11

Дата

0411244

Регістраційний номер