

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Голова Правління
ЗАТ „Українська страхова компанія
„Панацея-1997”



Л.В. Чернецька

„21 ” жнв 2008р.

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я)

№ 5

КИЇВ – 2008

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	3
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	4
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ	4
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	4
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	7
9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	8
10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	9
11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	9
12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	10
13. ПРИЧИНІ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	10
14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ	11
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	12
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	12
ДОДАТОК № 1 – ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	13
ДОДАТОК № 2 – ТАРИФИ	

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 1.1. “Правила добровільного медичного страхування” (далі – Правила) розроблені відповідно до Закону України “Про страхування”, інших нормативних актів України.
- 1.2. Добровільне медичне страхування здійснюється відповідно до чинного законодавства України та на підставі цих Правил та Договору добровільного медичного страхування (далі – Договір страхування).
- 1.3. **Страховик** – Закрите акціонерне товариство “Українська страхова компанія „Панацея-1997”.
- 1.4. **Страхувальник** – юридична особа або фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування.
- 1.5. **Застрахована особа** - фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування.
 - 1.5.1. Застрахованими особами згідно з цими Правилами можуть бути особи, віком до 65 років, за винятком осіб, зазначених в пункті 5.1.1. цих Правил, якщо інший вік не зазначений в Договорі страхування.
 - 1.5.2. Страхувальник, який уклав Договір страхування відносно себе є Застрахованою особою.
- 1.6. **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 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. **Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичні послуги, або фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або заклад охорони здоров'я медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Програмою медичного страхування.
- 1.8. **Програма медичного страхування** (далі – Програма страхування) - це погоджені між Страховиком та Страхувальником у конкретному Договорі страхування види, обсяги та порядок надання та фінансування медичної, профілактичної допомоги, медичних та/або спортивно-оздоровчих послуг, що надаються Застрахованій особі.
- 1.9. **Асистуюча компанія** – спеціалізована служба, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів в частині організації та фінансування медичних послуг у обсязі Програм страхування.
- 1.10. **Декларація про стан здоров'я особи** – документ, за формою, встановленою Страховиком, який відображає стан здоров'я Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування.
- 1.11. За цими Правилами передбачається укладання Договору страхування окремої фізичної особи та страхування групи осіб або колективу працівників Страхувальника. В останньому випадку, Договір страхування укладається Страхувальником-юридичною особою про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини цих працівників.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 2.1. Предметом договору страхування за цими правилами є майнові інтереси, що не суперечать Закону України, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

- 3.1. Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 3.2. Розмір страхової суми встановлюється за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.
- 3.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за окремими Програмами страхування, страховими випадками та/або за певними видами медичної допомоги, яка буде надаватися Застрахованій особі.
- 3.4. Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.
- 3.5. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхових тарифів, наведених у Додатку № 2 до цих Правил.
- 3.6. Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.
- 3.7. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика або шляхом безготівкового розрахунку на поточний рахунок Страховика.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

- 4.1. Страховим ризиком є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння, інший розлад здоров'я та/або профілактика захворювання, отримання консультативної, лікувальної, профілактичної чи іншої допомоги, що потребує надання медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг Застрахованої особи під час дії Договору страхування.
- 4.2. Під страховим випадком розуміється подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі.
- 4.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного, профілактичного та/або спортивно-оздоровчого закладу, з переліку передбачених Договором страхування, або запропонованого Асистуючою компанією (якщо у Договорі страхування визначено, що медична або профілактична допомога здійснюється через таку компанію) з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, іншого розладу здоров'я та/або профілактики захворювання за отриманням консультативної, лікувальної, профілактичної чи іншої допомоги, що потребує надання медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг у межах Програми, передбаченої Договором страхування.
- 4.4. Договором страхування може бути встановлено конкретний перелік видів розладу здоров'я Застрахованої особи, на випадок настання яких провадиться страхування.
- 4.5. Події, зазначені в п.4.3. цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в період дії Договору страхування і підтвердженні документами медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих закладів з урахуванням інших умов Договору страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

- 5.1. Не можуть бути застрахованими особи, якщо інший перелік осіб не передбачений Договором страхування:

- 5.1.1. недієздатні фізичні особи;
- 5.1.2. ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД;
- 5.1.3. які мають злюкісні новоутворення;
- 5.1.4. інваліди І та ІІ групи;
- 5.1.5. хворі на алкоголізм, наркоманію, токсикоманію;
- 5.1.6. хворі на тяжкі нервові та психічні захворювання (інсульт, епілепсію, шизофренію).
- 5.2. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до Медичного, профілактичного та/або спортивно-оздоровчого закладу (якщо інші умови не передбачені Договором страхування), у зв'язку з:
- 5.2.1. лікуванням алкоголізму, наркоманії, токсикоманії, а також хвороб та станів, що є їх наслідками чи проявами незалежно від строків їх виявлення;
- 5.2.2. травматичним пошкодженням або іншим розладом здоров'я, отриманим внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, за винятком випадків, коли зазначені стани виникли по причинам, які не залежали від Застрахованої особи;
- 5.2.3. хворобами, що передаються статевим шляхом, СНІДу, а також хвороб, що є їх наслідками чи проявами;
- 5.2.4. хворобами які є наслідком вживання ліків без призначення лікаря, самолікування;
- 5.2.5. хворобою, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування;
- 5.2.6. лікуванням беспліддя (первинного та вторинного) у чоловіків та жінок, сексуальними порушеннями;
- 5.2.7. вродженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями;
- 5.2.8. хворобою або травмою, які є наслідком замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 5.2.9. хворобою або травмою, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;
- 5.2.10. наслідками управління Застрахованою особою будь-якими літаючими апаратами, а також наслідками стрибків із парашутом;
- 5.2.11. наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях, а також наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту, якщо це спеціально не передбачено Договором страхування;
- 5.2.12. хворобами, які пов'язані з масовими епідеміями на особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера, сибірка, жовта лихоманка та ін.) та потребують проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 5.2.13. хворобами, пов'язаними з пластичними операціями, та ускладненнями, пов'язаними з таким хірургічним втручанням;
- 5.2.14. форс-мажорними обставинами (стихійними лихами, будь-якими військовими діями, страйками, заколотами, актами тероризму, внутрішніми заворушеннями, впливом радіоактивного випромінювання).
- 5.3. Страховик не відшкодовує витрати (якщо інші умови не передбачені Договором страхування):
- 5.3.1. на вартість допоміжних засобів медичного користування (окулярів, слухових апаратів, протезів, мілици, інвалідних колясок тощо);
- 5.3.2. на пошук та доставку органів для трансплантації;
- 5.3.3. на медичні послуги, отримані Застрахованою особою в Медичних закладах не передбачених Договором страхування, без попереднього погодження із Страховиком або Асистуючою компанією, крім випадків, коли стан Застрахованої особи загрожував її життю.

- 5.4. Конкретний перелік захворювань та патологічних станів Застрахованої особи, що не визнаються страховими випадками, визначається за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 6.1. Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, поширюється на територію України, якщо у Договорі не обумовлена інша територія дії.
- 6.2. Строк дії Договору страхування визначається при його укладанні за згодою між Страхувальником та Страховиком.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник-фізична особа подає Страховику письмову заяву або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. У випадку, якщо Страхувальником є юридична особа, Договір страхування укладається на підставі його письмової заяви, яка є невід'ємною частиною Договору страхування, із переліком осіб, щодо яких укладається Договір страхування.
- 7.2. При укладанні Договору страхування Страховик має право вимагати медичного освідчення або заповнення декларації про стан здоров'я особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір страхування, та за цими результатами приймати рішення про укладання Договору страхування.
- 7.3. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення первого страхового платежу, якщо інші умови набуття чинності не передбачені Договором страхування.
- 7.4. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожної з сторін.
- 7.5. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 7.6. Договором страхування можуть бути передбачені Програми страхування згідно Додатку № 1, зокрема:

Програма (01) – "Амбулаторно-поліклінічне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

Програма (02) – "Стационарне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при стациональному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях медичних закладів.

Програма (03) – "Швидка медична допомога". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги.

Програма (04) – "Стоматологія". Програма передбачає організацію та оплату вартості екстреної та/або планової медичної допомоги, що надається при лікуванні захворювань стоматологічного профілю. Реалізується тільки разом з іншими Програмами.

Програма (05) – "Комплексна". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні з медикаментозним забезпеченням, стациональному лікуванні, послуг бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

Програма (06) – "Консультативно-діагностична допомога". Програма передбачає організацію та оплату вартості консультацій, обстежень, проведення досліджень в амбулаторних та/або стационарних умовах.

Програма (07) – "Аптека". Програма передбачає організацію та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару та/або при наданні швидкої медичної допомоги.

Програма (08) – "Майбутня мати". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається в передплодовому періоді, при пологах при наявності ускладнень або патологічного перебігу вагітності та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

Програма (09) – "Онкологія". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при виявленні онкологічних захворювань.

Програма (10) – "Серце". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при захворюваннях серцево-судинної системи.

Програма (11) – "Операції". Програма передбачає організацію та оплату вартості хірургічного лікування захворювань, передбачених Договором страхування.

Програма (12) – "Сімейний лікар". Програма передбачає організацію та оплату медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг для всіх членів сім'ї за програмами "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стационарне лікування", Швидка медична допомога".

Програма (13) – "Малюк". Програма передбачає організацію та оплату медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг для дітей віком до 6 років за програмами "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стационарне лікування", Швидка медична допомога".

- 7.7. Договір страхування може бути укладений на умові включення одної або декількох Програм страхування, передбачених п.7.6. цих Правил.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

- 8.1.1. на отримання страхової виплати шляхом оплати Страховиком вартості отриманої Страхувальником (Застрахованою особою) медичної допомоги, медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг згідно з умовами Договору страхування в межах страхової суми;
- 8.1.2. на отримання та оплату Страховиком медичної допомоги у Медичному закладі, з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки, після погодження із Страховиком, на умовах та у порядку, визначених у Договорі страхування;
- 8.1.3. змінювати Застрахованих осіб за згодою Страховика протягом строку дії Договору страхування;
- 8.1.4. звернутися до Страховика про надання копії Договору страхування у разі втрати його оригіналу;
- 8.1.5. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 14 цих Правил;
- 8.1.6. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил;
- 8.1.7. оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.

8.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

- 8.2.1. сплачувати страхові внески у розмірі та в строки, зазначені у Договорі страхування;
- 8.2.2. ознайомити Застрахованих осіб з умовами страхування і цими Правилами;
- 8.2.3. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і протягом дії Договору страхування письмово інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

- 8.2.4. повідомити Страховика про інші діючі договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи;
- 8.2.5. при необхідності отримання Застрахованою особою медичної допомоги у Медичному закладі, з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки, повідомити та узгодити це із Страховиком або Асистуючою компанією протягом строку передбаченого Договором страхування.
- 8.2.6. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 5 (п'яти) робочих днів, з моменту, коли в нього з'явилася можливість це зробити, якщо інший строк не передбачений Договором.
- 8.2.7. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до умов Договору страхування.

8.3. Страховик має право:

- 8.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію стосовно предмету договору страхування;
- 8.3.2. надсилати запити до компетентних органів для з'ясування обставин настання страхового випадку;
- 8.3.3. на проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;
- 8.3.4. вимагати внесення змін до умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику, в разі отримання інформації від Страхувальника про обставини, які стали причиною збільшення ризику;
- 8.3.5. відмовити у страховій виплаті відповідно до умов Договору страхування, цих Правил та чинного законодавства України;
- 8.3.6. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 14 цих Правил;
- 8.3.7. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Правил.

8.4. Страховик зобов'язаний:

- 8.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;
- 8.4.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки Страховику стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику;
- 8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг, передбачених Програмою страхування;
- 8.4.4. Страховик несе майнову відповіальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
- 8.5. Якщо Застрахованою особою є неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, передбачені цими Правилами та Договором Страхування, здійснюють її батьки або опікуни.
- 8.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи) та Страховика.

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 9.1. В разі необхідності отримання медичної допомоги, медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг, Застрахована особа повинна звернутися до Медичного, спортивно-оздоровчого закладу та/або Асистуючої компанії у строк та на умовах, зазначених у Договорі страхування.
- 9.2. В разі необхідності отримання медичної допомоги в Медичному закладі, медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг в профілактичних та спортивно-оздоровчих закладах, не передбаченому Договором страхування, Застрахована особа

повинна повідомити про це Страховика або Асистуючу компанію протягом 5 (п'яти) робочих днів (якщо інший строк не передбачений Договором), та узгодити обсяг та вартість медичної допомоги, медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг до моменту її отримання.

- 9.3. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволив їй повідомити Страховика або Асистуючу компанію про отримання медичної допомоги в лікувальному закладі, не передбаченому Договором страхування до моменту отримання медичної допомоги, це може зробити будь-яка уповноважена Страхувальником (Застрахованою особою) особа.

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

- 10.1. Перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати шляхом оплати рахунків Медичних закладів, Асистуючої компанії, профілактичних та спортивно-оздоровчих закладів визначається у договорі про співпрацю між Страховиком та вищезазначеними закладами.
- 10.2. При отриманні Застрахованою особою медичних послуг у Медичному, профілактичному та спортивно-оздоровчому закладу, з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі на підставі:
- 10.2.1. письмової заяви на страхову виплату;
 - 10.2.2. оригіналу або копії Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату);
 - 10.2.3. документу, що посвідчує особу одержувача страхової виплати;
 - 10.2.4. виписки з історії хвороби або медичної карти амбулаторного (стационарного) хворого із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, що призначались лікарями і були придбані Застрахованою особою за власний рахунок;
 - 10.2.5. копії листка непрацездатності або довідки медичного закладу про лікування (для непрацюючих та дітей), яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;
 - 10.2.6. квитанцій, чеків або інших документів медичного, профілактичного та спортивно-оздоровчого закладу про оплату наданих послуг;
 - 10.2.7. фіскальних та товарних чеків з аптек про придбані медикаменти (із зазначенням назви медикаментів та їх вартості).
- 10.3. Умовами Договору страхування може бути передбачена необхідність надання інших додаткових документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.
- 10.4. Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику необхідні документи протягом 30 (тридцяти) робочих днів, з моменту закінчення лікування, якщо інший термін не передбачений Договором страхування.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

- 11.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком, в залежності від умов Договору страхування, шляхом:
- 11.1.1. оплати Медичному, профілактичному, спортивно-оздоровчому закладу або Асистуючій компанії вартості наданих Застрахованій особі медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг, передбачених Програмами страхування, зазначеними у Договорі страхування;
 - 11.1.2. оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичних, профілактичних та/або спортивно-оздоровчих послуг, у разі її звернення до Медичного,

профілактичного, спортивно-оздоровчого закладу, що не має договірних стосунків із Страховиком, після надання Застрахованою особою всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

- 11.2. Загальна сума виплат за одним або декількома страховим випадкам, що сталися із Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену для цієї Застрахованої особи у Договорі страхування.
- 11.3. Здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі може відбуватися, за бажанням Застрахованої особи, готівкою або шляхом її перерахування на поточний рахунок одержувача або поштовим переказом.

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

- 12.1. Рішення про здійснення страхової виплати шляхом оплати рахунків Медичного закладу або Асистуючої компанії приймається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором про співпрацю з цими установами.
- 12.2. Рішення про здійснення страхової виплати безпосередньо Застрахованій особі приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання від Застрахованої особи всіх необхідних документів, визначених в договорі страхування, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків. Сума страхової виплати визначається Страховиком (або уповноваженою ним особою) в страховому акті.
- 12.3. Здійснення страхової виплати Застрахованій особі проводиться протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про виплату.
- 12.4. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик приймає протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання необхідних документів, та письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.

13. ПРИЧИННИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ

- 13.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

- 13.1.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;
- 13.1.2. вчинення Страхувальником-фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- 13.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- 13.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- 13.1.5. отримання медичних послуг Застрахованою особою не передбачених Договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги у медичних закладах, не передбачених договором страхування без попереднього узгодження зі Страховиком;
- 13.1.6. інші випадки, передбачені законом.

13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить Закону.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ

- 14.1. Зміна умов Договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви другою стороною та оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.
- 14.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижні до запропонованого строку внесення змін.
- 14.3. Якщо будь-яка зі сторін не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 14.4. З моменту отримання Заяви однією стороною до моменту прийняття рішення про зміну умов Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 15.1. Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:
- 15.1.1. закінчення строку дії;
 - 15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
 - 15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
 - 15.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених відповідними статтями Закону України "Про страхування";
 - 15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 15.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
 - 15.1.7. 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. 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 страхування та Законодавством України.
- 15.2.1. 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.
 - 15.2.2. 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 (40%), визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

- 15.2.3. 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 (40%), визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.
- 15.2.4. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страховий платіж був сплачений в безготівковій формі за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 16.1. Спори за Договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.
- 16.2. Якщо сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в судовому порядку.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

- 17.1. Ці Правила визначають загальні умови здійснення добровільного медичного страхування.
- 17.2. Обов'язки Страхувальника, які зазначені в даних Правилах, але не передбачені Законом України „Про страхування” є обов'язковими для виконання Страхувальником, якщо вони чітко передбачені договором страхування.

13

**Додаток № 1
до Правил добровільного
медичного страхування**

**Програми добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
ЗАТ „УСК „Панацея-1997”**

Програма (01) – "Амбулаторно-поліклінічне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

У разі захворювання передбачено:

- 1) прийом лікаря будь-якого профілю;
- 2) проведення основних лабораторних та інструментальних методів дослідження: загального аналізу крові, аналізу крові на глюкозу, біохімічного аналізу крові, загального аналізу сечі, рентгенологічного дослідження, електрокардіографії, ультразвукового дослідження (щитовидної залози, передміхурової залози, сечового міхура, підшлункової залози, селезінки, печінки, жовчного міхура, жовчних протоків, молочних залоз, матки, придатків, яєчок, нирок);
- 3) за призначенням лікаря – проведення підшкірних, внутрішньом'язових, внутрішньовенних ін’екцій та інших основних медичних маніпуляцій з використанням разового медичного інструментарію і предметів медичного обслуговування;
- 4) при необхідності – лікування в умовах денного стаціонару з перебуванням з отриманням основних фізіотерапевтичних процедур, лазеротерапії, гірудотерапії та інших сучасних методів лікування;
- 5) за наявністю медичних показань – відвідування сімейним лікарем (або медичною сестрою) хворого вдома (виклик приймається цілодобово);
- 6) медикаментозне забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах;
- 6) розробка індивідуальної програми профілактики з питань здорового способу життя, санітарно-гігієнічної безпеки, профілактики захворювань сім’ї та шлюбу.

Програма (02) – "Стаціонарне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при стаціональному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях медичних закладів, забезпечення необхідними медикаментами та лікувальними засобами, а також харчуванням. Включає в себе планову та ургентну госпіталазацію, консультації лікарів, проведення діагностичних, лабораторних та інструментальних досліджень, проведення лікувальних процедур. Медичні послуги надаються незалежно від місця перебування Застрахованої особи на всій території України.

Програма (03) – "Швидка медична допомога". Програма передбачає цілодобову швидку медичну допомогу, виїзд бригади невідкладної допомоги, проведення первинної консультації, встановлення попереднього діагнозу, виконання медичних процедур та маніпуляцій на місці, медична евакуація до медичного закладу з метою проведення дообстеження чи госпіталізації. Надається загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги.

Програма (04) – "Стоматологія". Програма передбачає організацію та оплату вартості екстреної та/або планової медичної допомоги, що надається при лікуванні захворювань стоматологічного профілю та включає огляд лікарем стоматологом, діагностичні дослідження (рентген і т.п.), знеболювання, пломбування зубів та зубних каналів, лікування каріесу, пульпіту, видалення зуба, видалення зубного каменю один раз на рік.

Програма (05) – "Комплексна". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні з медикаментозним забезпеченням, стаціонарному лікуванні, послуг бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

Програма (06) – "Консультативно-діагностична допомога". Програма передбачає організацію та оплату вартості консультацій, обстежень, проведення досліджень в амбулаторних та/або стаціонарних умовах.

Програма (07) – "Аптека". Програма передбачає організацію та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару та/або при наданні швидкої медичної допомоги.

Програма (08) – "Майбутня мати". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається в передпловому періоді, при пологах при наявності ускладнень або патологічного перебігу вагітності та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

Програма (09) – "Онкологія". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при виявленні онкологічних захворювань.

Програма (10) – "Серце". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при захворюваннях серцево-судинної системи.

Програма (11) – "Операції". Програма передбачає організацію та оплату вартості хірургічного лікування захворювань, передбачених Договором страхування.

Програма (12) – "Сімейний лікар". Програма передбачає організацію та оплату медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг для всіх членів сім'ї за програмами "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стаціонарне лікування", Швидка медична допомога".

Програма (13) – "Малюк". Програма передбачає організацію та оплату медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг для дітей віком до 6 років за програмами "Амбулаторно-поліклінічне лікування", "Стаціонарне лікування", Швидка медична допомога".

В рамках кожної із вищеперелічених програм страхування передбачається три класи обслуговування:

1. **Економ-клас** – надання медичної допомоги в державних ЛПУ та невідкладної медичної допомоги загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, надання невідкладної стоматологічної допомоги.
2. **Стандарт-клас** - надання медичної допомоги в державних та комерційних ЛПУ та невідкладної медичної допомоги загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, надання невідкладної стоматологічної допомоги.
3. **Еліт-клас** - надання медичної допомоги в комерційних ЛПУ (за бажанням Застрахованої особи в державних), невідкладної медичної допомоги загальнопрофільними та/або спеціалізованими бригадами комерційними службами, надання невідкладної та планової стоматологічної допомоги.

15

Додаток №2
до Правил добровільного
медичного страхування

**Річні базові тарифи
добривільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
(у % до страхової суми)**

Програма страхування	Страховий тариф	Програма страхування	Страховий тариф
(01) "Амбулаторно-поліклінічне лікування"	7,0	(07) "Аптека"	8,0
(02) "Стационарне лікування"	6,0	(08) "Майбутня мати"	4,0
(03) "Швидка медична допомога"	6,5	(09) "Онкологія"	7,0
(04) "Стоматологія"	10,0	(10) "Серце"	7,0
(05) "Комплексна"	8,0	(11) "Операції"	8,5
(06) "Консультативно-діагностична допомога"	4,0	(12) "Сімейний лікар"	8,0
		(13) "Малюк"	10,0

Розрахунок розміру страхового платежу виконується на підставі базового тарифу та системи корегувальних коефіцієнтів, що враховують індивідуальні особливості договору страхування та вказується в Договорі страхування.

В залежності від конкретних умов Договору страхування (кількості осіб, що одночасно страхуються, лімітів відповідальності Страховика, переліку страхових випадків та виключень із страхових випадків, застосування франшизи) до страхових тарифів можуть бути застосовані коефіцієнти.

Корегування базового тарифу відбувається за допомогою наступних корегувальних коефіцієнтів.

1. *Врахування терміну страхування.* Базовий тариф розрахований у припущені, що відповідальність Страховика продовжується один рік. У випадку, якщо час дії договору страхування є менший року, може бути застосований корегувальний коефіцієнт К¹ (Таблиця2), значення якого залежить від терміну страхування (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний):

Таблиця 2.

Строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Значення коефіцієнта К 1	0,25	0,35	0,40	0,45	0,50	0,60	0,70	0,75	0,85	0,90	0,95	1,0

2. Врахування безумовної франшизи. Якщо Договором страхування передбачена франшиза, то в залежності від її розміру базовий страховий тариф коректується за допомогою корегувального коефіцієнта K^2 (Таблиця 3).

Таблиця 3.

Безумовна франшиза (% від страхової суми)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Значення коефіцієнта K^2	1,0	0,98	0,96	0,94	0,92	0,9	0,88	0,86	0,84	0,82	0,8

3. Сплата страхового платежу частинами. Базовий тариф розрахований у припущені, що платіж сплачується одноразово. При сплаті платежу частинами, базовий тариф, якщо це передбачено Договором, може бути скорегований за допомогою коефіцієнту K^3 (Таблиця 4), значення якого залежать від кількості частин, на які за договором страхування розбита сплата страхового платежу.

Таблиця 4.

Кількість частин, на які розбита сплата страхового платежу	2	3	4	6	12
Значення коефіцієнта K^3	1,01	1,03	1,04	1,06	1,10

4. Кількість одночасно застрахованих осіб. При страхуванні за одним Договором одночасно групи осіб базовий тариф може бути скорегований за допомогою коефіцієнту K^4 (Таблиця 5).

Кількість застрахованих	20-50	51-100	101-150	151-200	201-250	Більше 251
Значення коефіцієнта K^4	0,03	0,05	0,06	0,07	0,08	0,1

Норматив витрат на ведення справ складає 40 %

Актуарій



І.С. Г. Тополеска

Пронумеровано та
скріплено печаткою

Л.В. Чернецька арі
Голова Правління

