

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Голова Правління  
**ПрАТ "ПРОМИСЛОВО СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС"**



М. Ю. Сагайдачний

22 вересня 2010 року



**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО**  
**"ПРОМИСЛОВО СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС"**  
УКРАЇНА 69001, м. ЗАПОРІЖЖЯ, вул. С. ТЮЛЕНІНА, 23  
ТЕЛ. (061) 224.05.16; ТЕЛ/FAX. (061) 224.05.16

---

**ЗМІНИ №1**

**ДО ПРАВИЛ  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

**(КОД ПРАВИЛ 0502 ВІД 20 ЛИСТОПАДА 2008 РОКУ)**

**ЗАПОРІЖЖЯ 2010**

2. В розділі 1

- пункт 1.2. викласти в наступній редакції:

„1.2. ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО „ПРОМИСЛОВО СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС”  
(надалі - Страховик) на підставі даних Правил укладає Договори добровільного медичного  
страхування (безперервного страхування здоров'я), за умовами яких гарантує організацію та/або  
фінансування медичних послуг певного переліку та якості у обсязі медичних Програм, наведених у  
Додатку №1 до Правил (надалі - медичні Програми).”

ГОЛОВА ПРАВЛІННЯ

М.Ю. САГАЙДАЧНИЙ



Пропущено, проигноровано, аркуш

Державна фінансова державна установа	
ЗАРЕГІСТРОВАНО	
<i>М.О. Сарнічний</i>	
Підпись	
Камин О.И.	
031025918	
Дат 10.11.10	
	
Ліквідація Правління М.О. Сарнічний	

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Голова Правління  
**ПрАТ “ПРОМИСЛОВО СТРАХОВИЙ  
АЛЬЯНС”**



**М.Ю. Сагайдачний**  
**03 червня 2013 року**



**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
“ПРОМИСЛОВО СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС”**

УКРАЇНА 69001, м. ЗАПОРІЖЖЯ, вул. С. ТЮЛЕНІНА, 23  
ТЕЛ. (061) 224.05.16; ТЕЛ/FAX. (061) 224.05.16

**ДОПОВНЕННЯ ТА ЗМІНИ №2 ДО ПРАВИЛ  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я)**

**(КОД ПРАВИЛ 0502 ВІД 20 ЛИСТОПАДА 2008 РОКУ)**

**ЗАПОРІЖЖЯ 2013**

Доповнити розділ 1. «ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ» пунктом 1.6 та викласти його в наступній редакції:

1.5. Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулась під час дії договору, узв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

відшкодування понесених застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

#### В розділі 2. «ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ»:

- Пункт 2.1. Правил викласти в новій редакції:

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеній Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

ГОЛОВА ПРАВЛІННЯ

М.Ю. САГАЙДАЧНИЙ

Пронумеровано, прошито  
для аркушів

Голова Правління  
М.Ю. Сагайдачний

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, що здійснює ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
Голова	
Найменування	
Підпис	Б. Вільф
Дата	18.07.13 03113338
Реєстрування	
АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ "АРМСТАРХО" АДМІСТРАТИВНИЙ ОДИНАКОВИЙ РЕГУЛЮВАНИЙ АРКУШ	

Голова Правління  
М.Ю. Сагайдачний



Голова Правління  
ЗАТ “Промислово страховий Альянс”

М. Ю. Сагайдачний



АСІСТАНСЬКА КОМПАНІЯ  
Спеціалізована на підтримку  
підприємництва

Договір страхування заснований на принципах добровільності та вільності вибору, згідно з якими зберігається право на зміну або скасування договору, а також право на повернення залишкової суми, якщо виконуються встановлені у договорі умови. Договір страхування є засобом фінансового захисту, який надає змогу зберегти власні кошти та змінити їх у вигнані відповідно до вимог.



ПРОМІШЛЕННО СТРАХОВОЙ  
**АЛЬЯНС**

ДОДАТКОВА УГОДА (ДЕЄСТВУЮЩА)  
на підставі заснованої в Україні компанії

ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ (загальна назва) та заснованої в Україні компанії

ЗАСТРАХОВАНИХ ОСІБ (загальна назва)

**Закрите Акціонерне Товариство**  
**“Промислово страховий Альянс”**  
УКРАЇНА 69001, м. ЗАПОРІЖЖЯ, вул. С. ТЮЛЕНІНА, 23  
ТЕЛ. (061) 224.05.16; ТЕЛ/FAX. (061) 224.05.16

## ПРАВИЛА

### ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я)

(КОД ПРАВИЛ 0502 ВІД 20 ЛИСТОПАДА 2008 РОКУ)

ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ - заходи, що засновані на застосуванні методів і напрямів здійснення професійної діяльності, що дозволяють підвищити рівень здоров’я населення та зменшити ризики засвоєння патологічних станів.

СТРАХОВА ВИПЛАДА - платеж, здійснюється засновником згідно з умовами договору страхування.

**ЗАПОРІЖЖЯ 2008**

СТРАХОВА ПРЕМІЯ - позаявлені внески згідно з умовами договору страхування.

СТРАХОВА СУМА - гарантована сума, у межах якої Страхова компанія зобов’язана виплатити винесеному по договору страхування зобов’язаний зобов’язок виплатити по нестяжному стеченню випадку.

## ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

У дійсних Правилах використовуються наступні терміни:

**АСІСТАНСЬКА КОМПАНІЯ** – спеціалізована служба, яка діє від імені та за дорученням Страховика і організує надання Застрахованій особі медичних послуг, передбачених програмою страхування.

**ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ** - це письмова угода між страховальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страховальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страховальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

**ДОДАТКОВА УГОДА (АДЕНДУМ)** - доповнення до договору страхування, у якому містяться погоджені між сторонами зміни до раніше оговорених умов такого договору.

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА** - дієздатна фізична особа, на користь якої укладений договір страхування.

**ЗДОРОВ'Я** – стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

**ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА** – максимальна сума страхової виплати, що сплачується при настанні страхового випадку.

**МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ (ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я)** – лікувально-профілактичні (лікарні, амбулаторно-поліклінічні заклади, диспансери, санаторно-курортні та інші), фармацевтичні, медичні центри, інститути, асистанські компанії, лабораторії, інші юридичні та фізичні особи, які мають юридичне право надання медичних послуг.

**МЕДИЧНА ДОПОМОГА** - комплекс лікувально-діагностичних, реабілітаційно-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідеміологічних заходів, які надаються Застрахованій особі планово або в екстреному порядку відповідно з умовами і Програмами страхування.

**МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ** - лікарські огляди і консультації, діагностичні та лікувальні маніпуляції та інтервенції, в тому числі лабораторні, апаратні і інструментальні, оперативні втручання, спеціалізований медичний менеджмент та інші послуги, які прямо чи побічно пов'язані з наданням медичної допомоги.

**ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ** - заходи, що здійснюються за рахунок відрахувань від страхової премії і направлені на зменшення ризику виникнення страхового випадку. Зокрема, грошові кошти та/або матеріальні ресурси в медичні заклади для попереднього створення медичному закладу оптимальних можливостей для надання медичної допомоги Застрахованій особі.

**СТРАХОВА ВИПЛАТА** – грошова сума, яка виплачується страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

**СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, ВНЕСОК)** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з договором страхування.

**СТРАХОВА СУМА** - грошова сума, у межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

**СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** – подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страховальнику, застрахованій або іншій третій особі.

**СТРАХОВИЙ РИЗИК** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки імовірності та випадковості настання.

**СТРАХОВИЙ ТАРИФ** - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**СТРАХОВИК** - юридична особа, що створена згідно з законодавством України для здійснення страхової діяльності і що одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення такої діяльності.

**СТРАХУВАЛЬНИКИ** – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком договір страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

**СТРАХОВЕ ЗВЕРНЕННЯ** - звернення, яке надається Страхувальником Страховику у зв'язку з настанням страхової події, що відбулася у результаті випадковостей і небезпек, покритих умовами страхування.

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** "Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)" (код 0502 від 20 листопада 2008 року, надалі - Правила) розроблені у відповідності з чинним законодавством України.

**1.2.** Закрите акціонерне товариство "Промисловий страховий Альянс" (надалі - Страховик) на підставі даних Правил укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), за умовами яких гарантує організацію та/або фінансування медичних послуг певного переліку та якості у обсязі медичних Програм, наведених у Додатку №1 до Правил (надалі - медичні Програми).

**1.3.** Договір страхування укладається з юридичними особами або з дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники) при пред'явленні ними документів, необхідних для внесення достовірних даних до Договору страхування.

**1.4.** Страхувальники мають право укладати Договори страхування на користь третіх осіб (надалі - Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених діючим законодавством. При цьому Застраховані особи набувають прав і обов'язків Страхувальника згідно Договору страхування.

Страхувальник, який уклав Договір страхування власного здоров'я, одночасно є і Застрахованою особою.

**1.5.** Сторони зобов'язані не припускати передачу третім особам будь-якої інформації, що буде ними передана одна одній на умовах конфіденційності, і несуть відповідальність за порушення конфіденційності у відповідності з чинним законодавством.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

**2.1.** Предметом договору страхування згідно цих Правил є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

**2.2.** За Договором страхування, укладеним згідно з даними Правилами, Застрахованими особами можуть бути фізичні особи у віці до 70 років, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## 3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

**3.1.** Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є: гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, травма, отруєння.

**3.2.** Страховим випадком за даними Правилами є звернення Застрахованої особи до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у

зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, з метою одержання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, реабілітаційно-профілактичної, стоматологічної медичної допомоги та медичних послуг в обсязі Програм медичного страхування, що передбачені Договором страхування.

**3.3.** Медична допомога в межах обраної Страхувальником Програми страхування може надаватися:

- у медичному закладі будь-якої форми власності, який має відповідну ліцензію, з яким Страховик встановив договірні відносини;

- у медичному закладі будь-якої форми власності, який має відповідну ліцензію, з яким Страховик не встановив договірних відносин (якщо це передбачено Договором страхування);

- через Асістанську компанію, зазначену у Договорі страхування.

**3.4.** Перелічені у п. 3.1. Правил події визнаються страховими випадками, якщо:

- вони мали місце під час дії Договору страхування;

- медичні послуги надані згідно з зазначеними в переліку, передбаченому Договором страхування за відповідною медичною Програмою;

- підтвержені необхідними документами компетентних органів (медичних закладів, рішень державних органів, у тому числі судових рішень).

#### **4. ВИКЛЮЧЕННЯ З СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

**4.1.** Не укладаються договори медичного страхування :

4.1.1. осіб, визнаних у встановленому порядку небезпечною;

4.1.2. інвалідів першої групи;

4.1.3. осіб, що страждають на зложісні новоутворення, туберкульоз, психічні, венеричні хвороби, наркоманію, алкоголізм, СНІД.

**4.2.** Не відшкодовуються витрати за надання медичних послуг в зв'язку з лікуванням захворювань, наведених у Додатку №2 до Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування.

**4.3.** Страховими подіями не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з погіршенням здоров'я внаслідок:

4.3.1. масових епідемій, що потребують введення комплексу карантинних заходів;

4.3.2. спроб вчинення або вчинень Застрахованою особою протиправних дій;

4.3.3. вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування, або лікування особою, що не має відповідної медичної освіти;

4.3.4. замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.3.5. травм, отриманих Застрахованою особою у зв'язку із керуванням ним транспортним засобом без законних підстав, а також передачі ним керування транспортним засобом особі, що знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або такій, що не мала права керувати транспортним засобом;

4.3.6. отримання медичних послуг, що не були призначені лікарем;

4.3.7. отримання медичних послуг, які не є необхідними з медичної точки зору для діагностики або лікування;

4.3.8. отримання Застрахованим медичних послуг, які не обумовлені Договором страхування.

**4.4.** Якщо у Договорі страхування не обумовлено інше, страховими подіями не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з погіршенням здоров'я внаслідок:

4.4.1. громадянських війн, народних заворушень усякого роду та страйків;

4.4.2. стихійних явищ.

**4.5.** Тільки за особливою угодою сторін та при умові внесення додаткової страхової премії визнаються страховими події, перелічені у п. 4.4. Правил.

**4.6.** Події, що перелічені у п.4.3., п.4.4. Правил, визнаються такими на підставі висновків експертів Страховика, медичних закладів, рішень державних органів, у тому числі судових рішень, що офіційно і документально доводять факт відсутності такої події в установленаому законодавством України порядку.

**4.7.** Конкретний перелік ризиків, прийнятих на страхування, та обсяг страхового покриття визначаються умовами Договору страхування.

## **5. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ, СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

**5.1.** Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховикові письмову Заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

**5.2.** Страхувальник має право укладати Договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

**5.3.** У випадку страхування групи осіб Страхувальник - юридична особа додає до Заяви (Договору) список осіб, що підлягають страхуванню, завірений підписом та печаткою, що є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

**5.4.** При укладанні Договору страхування Страхувальник за вимогою Страховика надає інформацію щодо стану здоров'я кожної з осіб, що страхуються, якщо інше не убумовлено Договором страхування.

Страховик може вимагати попереднього медичного обстеження особи, відповідно до якої укладається Договір. Попереднє медичне обстеження організується Страховиком за рахунок коштів Страхувальника, якщо інше не передбачене Договором страхування.

За бажанням Страхувальника, у залежності від результатів попереднього медичного обстеження особи, що страхується, визначається відповідна медична Програма.

**5.5.** За Договором страхування, укладеним на умовах Правил, Страховик гарантує Страхувальному (Застрахованій особі) організацію та оплату медичних послуг, наданих медичними закладами, які визначені в Договорі страхування, у відповідності з конкретним переліком послуг, який визначається медичними Програмами, вказаними у Договорі страхування.

**5.6.** Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим Полісом (свідоцтвом, сертифікатом), який є формою Договору страхування.

**5.7.** Договір страхування набуває чинності з моменту внесення первого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

**5.8.** Договір страхування укладається на строк до одного року, якщо інше не передбачене Договором страхування.

**5.9.** Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

**5.10.** У випадку втрати у період дії Договору страхування страхового Полісу (свідоцтва, сертифіката), Страховик за письмовою заявою Страхувальника (Застрахованої особи) видає дублікат.

З моменту видачі дублікату втрачений Поліс (свідоцтво, сертифікат) вважається недійсним та виплати за ним не проводяться.

## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ПРЕМІЇ**

**6.1.** Розмір страхової суми, при укладанні Договору за Програмами добровільного медичного страхування з наданням медичних послуг, визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком виходячи з сумарної вартості медичних послуг, перелік яких визначений медичною Програмою, обраною Страхувальником (надалі - вартості лікування).

При цьому страхова сума за Договором страхування не може бути нижчою за мінімальний рівень, встановлений Страховиком, виходячи з вартості лікування медичними закладами, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

**6.2.** При страхуванні за списком групи осіб страхова сума встановлюється окремо для кожної особи, що страхується.

**6.3.** У всіх випадках розмір страхових виплат за страховими подіями не повинен у цілому перевищувати страхову суму.

**6.4.** Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику за взяті ним на себе ризики страхову премію на умовах і в строки, визначені Договором страхування.

**6.5.** Розмір страхової премії визначається у залежності від розміру страхової суми та умов страхування на підставі страхових тарифів Страховика, наведених у Додатку №3 до Правил. Конкретний розмір страховогого тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

**6.6.** Корегувальні коефіцієнти та додаткова премія.

6.6.1. Залежно від наявності факторів, що впливають на рівень ризику та особливостей умов Договору страхування до страхових тарифів можуть застосовуватися корегувальні підвищувальні та знижувальні коефіцієнти.

6.6.2. У разі наявності в Договорі страхування додаткових умов, зазначених в п. 4.4. цих Правил, Страхувальник сплачує додаткову страхову премію.

6.7. Оплата страхової премії Страхувальником може здійснюватися одноразово або частинами. Порядок та періодичність сплати страхової премії визначається Договором страхування.

6.8. Якщо страховий випадок настав до сплати чергової страхової премії, внесення якої прострочено, Страховик має право при визначенні розміру страхової виплати зменшити її на суму простроченої страхової премії.

6.9. Страхова премія може бути сплачена Страхувальником:

- в безготіковій формі на розрахунковий рахунок Страховика;
- готівкою – до каси Страховика.

Конкретна форма сплати страхової премії визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

Конкретний порядок і строки сплати страхової премії визнаються Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені за угодою сторін протягом строку дії Договору страхування.

## 7. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

### 7.1. Страховик зобов'язаний:

7.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами страхування;

7.1.2. протягом двох робочих днів, як тільки йому стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасної виплати страхової суми Страхувальнику;

7.1.3. при настанні страхового випадку протягом п'яти робочих днів після одержання усіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку, оформити страховий акт та здійснити виплату страхової суми у відповідності до умов Договору страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми шляхом сплати Страхувальнику пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

7.1.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

7.1.5. здійснювати постійний контроль якості і складу медичних послуг, що надаються Застрахованим особам в медичних установах, які реалізують медичні Програми.

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

### 7.2. Страховик має право:

7.2.1. під час укладання Договору страхування вимагати проведення попереднього медичного обстеження та за його результатами приймати рішення щодо укладання Договору страхування;

7.2.2. перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

7.2.3. надсилати запити в компетентні органи про надання інформації, необхідної для встановлення причин настання страхового випадку;

7.2.4. відмовити у виплаті страхової суми з письмовим обґрунтуванням причин відмови;

7.2.5. внести зміни до умов Договору страхування, уклавши додаткову угоду до чинного Договору страхування.

7.2.6. вжити необхідних заходів до зменшення ризику виникнення страхового випадку, зокрема, направляти грошові кошти та/або матеріальні ресурси в медичні заклади, які знаходяться в договірних відносинах із Страховиком, для попереднього створення медичному закладу оптимальних можливостей для надання медичної допомоги Застрахованій особі (превентивні заходи).

### 7.3. Страхувальник зобов'язаний:

7.3.1. своєчасно вносити страхову премію;

7.3.2. надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні Договору страхування;

7.3.3. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;

7.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин з моменту настання страхової події;

7.3.5. при розширенні списку Застрахованих осіб надати Страховику інформацію про осіб, що додатково страхуються, і сплатити за них страхову премію за час від їх включення до списку Застрахованих осіб до дати закінчення дії Договору страхування;

7.3.6. при наявності відомостей про ненадання або неякісне надання Застрахованій особі медичних послуг, на протязі трьох календарних днів повідомити про це Страховика.

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

**7.4. Страхувальник має право:**

7.4.1. достроково припинити дію Договору страхування;

7.4.2. за домовленістю із Страховиком вносити зміни до умов чинного Договору;

7.4.3. контролювати виконання Страховиком умов Договору страхування;

7.4.4. контролювати склад, обсяг та якість медичних послуг, що надаються Застрахованій особі медичними закладами згідно з умовами, передбаченими Договором страхування;

7.4.5. вимагати оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах передбаченого Договором страхування переліку, якщо подія буде визнана страхововою.

**7.5. Застрахована особа зобов'язана:**

7.5.1. додержуватися розпорядку, який встановлено медичним закладом, виконувати приписи лікаря, отримані в ході надання медичної допомоги;

7.5.2. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичних послуг, неповного або неякісного надання таких послуг;

7.5.3. турбуватися про зберігання страхових документів і не передавати їх другим особам з метою одержання останніми медичних послуг.

**7.6. Застрахована особа має право:**

7.6.1. отримувати медичні послуги у відповідності з умовами Договору страхування в медичних закладах згідно з п.3.2 Правил;

7.6.2. користуватися правами Страхувальника, які передбачені в п.7.4.4. Правил.

**7.7.** Наведені у Правилах страхування переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпаними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або Правил страхування, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.

**7.8.** Права та обов'язки страховика та (або) страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені договором страхування.

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

**8.1.** Якщо у період дії Договору страхування будь – яка з сторін побажає змінити його умови (страхову суму, кількість Застрахованих осіб, склад медичних послуг у їх переліку), вибрати додаткову медичну Програму, у такому випадку укладається додаткова угода, що містить внесені до Договору страхування доповнення та зміни, та що з моменту підписання сторонами вважається невід'ємною частиною Договору страхування.

**8.2.** Зміна умов чинного Договору страхування здійснюється на підставі письмової заяви однієї з сторін протягом п'яти робочих днів з моменту отримання заяви іншою стороною, тільки при взаємній згоді Страховика та Страхувальника. Якщо будь-яка сторона не згодна на внесення запропонованих змін, у означений строк вирішується питання про дію Договору страхування на колишніх умовах або про припинення його дії.

**8.3.** Збільшення розміру страхової суми здійснюється за заявою Страхувальника. При цьому:

8.3.1. Страхувальник сплачує додаткову страхову премію, яка розраховується на підставі страхових тарифів за допомогою корегувальних коефіцієнтів, які враховують умови Договору страхування із внесеними змінами та строк, що залишився до кінця дії Договору;

8.3.2. розмір додаткової страхової премії за неповний місяць визначається як за повний.

**8.4.** Додаткова угода оформлюється аналогічно основному Договору.

**8.5.** Умови Договору страхування, за виключенням змінених у означеному порядку, зберігають свою силу.

## **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

**9.1.** В разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння, Застрахована особа для отримання медичної допомоги та медичних послуг повинна звернутися до медичного закладу з переліку визначених у Договорі страхування.

**9.1.1.** При зверненні до медичного закладу, медичні послуги Застрахованій особі надаються за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

- документа, що посвідчує Застраховану особу;
- страхового Поліса (страхового свідоцтва, сертифіката);
- інших документів, зазначених у Договорі страхування.

**9.2.** При настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

**9.2.1.** у визначений Договором страхування строк заявити про страховий випадок у письмовій формі (подати Страховику заяву на страхову виплату);

**9.2.2.** надати Страховику документи, що підтверджують факт настання страховогого випадку та вартість наданих медичним закладом у зв'язку з страховим випадком послуг;

**9.2.3.** з метою з'ясування будь-яких обставин, на запит Страховика, надати інші документи або відомості, що підтверджують факт настання страховогого випадку та розмір витрат;

**9.2.4.** у разі неспроможності виконання вказаних у пп. 9.2.1 - 9.2.2 цих Правил обов'язково доручити їх виконання своїй довіреній особі або представнику Страховика.

**9.3.** Документами, що підтверджують факт настання страховогого випадку та вартість лікування є:

- 9.3.1. медична картка;
- 9.3.2. витяг з історії хвороби;
- 9.3.3. лист непрацездатності;

9.3.4. довідка з медичного закладу з вказівкою діагнозу та строків лікування та інші документи, передбачені чинним законодавством;

9.3.5. розрахункові документи: квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери та інші фінансові документи, які підтверджують витрати на лікування.

**9.4.** При настанні страховогого випадку Страховик зобов'язаний:

**9.4.1.** провести з'ясування обставин настання страхової події та визначити вартість лікування на підставі наданих документів медичного закладу, що надавав Застрахованій особі медичні послуги, у термін, передбачений Договором страхування;

**9.4.2.** скласти страховий Акт про настання страховогого випадку та зробити розрахунок суми страхової виплати;

**9.4.3.** здійснити страхову виплату або письмово відмовити у виплаті у передбачений Договором страхування строк.

## **10. ПОРЯДОК І УМОВИ ВИПЛАТ СТРАХОВИХ СУМ**

**10.1.** При настанні страховогого випадку (зверненні Застрахованої особи до медичного закладу з переліку визначених Договором страхування), медичні послуги Застрахованій особі надаються на підставі:

- Договору страхування (або документу, що підтверджує факт укладання Договору страхування);

- документа, що посвідчує Застраховану особу.

**10.2.** Страховик здійснює виплату страхової суми у відповідності до умов Договору страхування шляхом сплати медичному закладу вартості фактично наданої Застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначені Договором страхування.

Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страховогого випадку протягом 48 годин, якщо інше не передбачено Договором з конкретним медичним закладом.

Виплата здійснюється на підставі:

-страхового акту;

-заяви про виплату;

-документів, що підтверджують настання страховогого випадку : медична картка, витяг з історії хвороби, лист непрацездатності, довідка з медичного закладу з вказівкою діагнозу та строків лікування та інші документи, передбачені чинним законодавством; рахунки медичного

закладу на оплату вартості наданих медичних послуг та медичної допомоги; квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери та інші фінансові документи, які підтверджують витрати на лікування) та інші згідно Договору про співпрацю між Страховиком та цим медичним закладом.

10.3. Вартість послуг, що були фактично надані медичним закладом Застрахованій особі, розраховується за цінами, узгодженими між Страховиком і медичним закладом, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.4. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик може виплатити страхову суму Застрахованій особі безпосередньо або здійснювати виплату наданої Застрахованій особі допомоги в інших закладах охорони здоров'я, які не передбачені Договором страхування та/або з яким Страховик не має Договору про надання допомоги Застрахованим особам, на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- рахунку медичного закладу;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку: медична картка, витяг з історії хвороби, лист непрацездатності, довідка з медичного закладу з вказівкою діагнозу та строків лікування та інші документи, передбачені чинним законодавством; розрахункові документи: квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери та інші фінансові документи, які підтверджують витрати на лікування.

10.5. Страховик може здійснювати виплату страхової суми у відповідності до умов Договору шляхом сплати Асістанської компанії, яка організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеного Договором страхування.

Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку: медична картка, витяг з історії хвороби, лист непрацездатності, довідка з медичного закладу з вказівкою діагнозу та строків лікування та інші документи, передбачені чинним законодавством; рахунки медичного закладу на оплату вартості наданих медичних послуг та медичної допомоги.

10.6. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

## **11. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНІ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТИ**

11.1. Страховик має право повністю або у відповідній частині відмовити у виплаті страхової суми (її частини) у випадках, коли:

11.1.1. Страхувальником або особою, на користь якої укладено договір страхування, вчинені навмисні дії, 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 дій страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

11.1.2. Страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

11.1.3. Страхувальник подав свідомо неправдиві відомості про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

11.1.4. Страхувальник несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив страховикові перешкоди у визначені обставин, характеру та розміру збитків;

11.1.5. Страхувальник (Застрахована особа) не виконав своїх обов'язків за Договором страхування;

11.1.6. Застрахована особа не дотримувалась рекомендацій лікаря, внаслідок чого сталося погіршення стану її здоров'я;

11.1.7. страховий випадок стався безпосередньо внаслідок умов, визначених п. 4.3. Правил;

- 11.1.8. Застрахована особа не надала на протязі строку, вказаного в Договорі страхування, документи і відомості, необхідні для встановлення причин, характеру страхового випадку та розмірів збитку, або надала наперед неправдиві докази;
- 11.1.9. Застрахована особа отримала медичні послуги в медичних установах, які не передбачені Договором страхування;
- 11.1.10. мали місце інші випадки, передбачені законом.
- 11.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.
- 11.3. Страховик має право відсторочити виплату страхової суми у випадку :
- 11.3.1. якщо у нього є обґрунтовані сумніви у правомочності Страхувальника (Застрахованої особи) на отримання страхової суми – до тих пір, доки не будуть надані необхідні докази, але на строк не більш ніж тридцять днів;
- 11.3.2. якщо відповідними органами внутрішніх справ порушена кримінальна справа проти Страхувальника та ведеться розслідування обставин, що привели до страхового випадку – до закінчення розслідування, але на строк не більш ніж шість місяців.
- 11.4. Рішення про здійснення або відмову у виплаті страхової суми Страховик приймає протягом 5-ти робочих днів з моменту отримання усієї необхідної документації, якщо інше не передбачено Договором страхування. У разі відмови у виплаті страхової суми страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) письмово з обґрунтуванням причин відмови на протязі трьох робочих днів, з моменту прийняття даного рішення.

## 12. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 12.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 12.1.1. закінчення строку дії;
- 12.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;
- 12.1.3. несплати Страхувальником страхових премій у встановлені Договором строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перша (або чергова) страховий премія не була сплачена за письмовою вимогою Страховика протягом 10 робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;
- 12.1.4. ліквідації 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”;
- 12.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- 12.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- 12.1.7. у інших випадках, передбачених законодавством України.
- 12.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено. При цьому:
- 12.2.1. у разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові премії за період, що залишився до закінчення дії Договору, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові премії повністю;
- 12.2.2. у разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. 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.
- 12.3. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо премії було здійснено у безготівковій формі при умові дострокового припинення дії Договору страхування.

**12.4.** Договір страхування може бути визнаний недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених цивільним законодавством України, а також якщо Договір укладений після настання страхового випадку.

### **13. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

**13.1.** Спори, що виникають за Договорами страхування, розв'язуються шляхом переговорів, з притягненням, при необхідності, спеціально створеної експертної комісії. При недосягненні угоди суперечка передається на розгляд суду (господарського суду) у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

**13.2.** Сторона, що винна у невиконанні або у неналежному виконанні умов Договору страхування, несе відповідальність згідно з чинним законодавством України.

### **14. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

**14.1.** Ці Правила регламентують основні умови страхування. Однак за згодою сторін, виходячи з конкретних умов страхування, до Договору страхування можуть бути внесені особливі умови страхування (підвищений клас надання медичної допомоги; обмеження при страхуванні на випадок настання деяких хвороб і т. ін.), що не суперечать цим Правилам.

Додаток №1  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я)  
від «20» листопада 2008 р.

**МЕДИЧНІ ПРОГРАМИ**  
**ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

За умовами Договору страхування, укладеного на підставі Правил 0502, Страховик гарантує організацію та/або фінансування медичних послуг у відповідності з переліком у обсязі наступних медичних Програм:

**1. ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ,  
ПРИ ЯКИХ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ВІДШКОДУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ:**

**“Амбулаторно-поліклінічна допомога-компенсація”**

Передбачає виплату страхової суми у випадку перебування Застрахованої особи на амбулаторному лікуванні, включаючи денний стационар поліклініки, в період гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, травми, отруєння, які призвели до тимчасової непрацездатності.

**Страхові випадки:**

– звернення Застрахованої особи в амбулаторно-поліклінічний заклад у зв'язку з гострим захворюванням або загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, які призвели до тимчасової непрацездатності (перебуванні на листі непрацездатності) і витрат на лікування відповідно з призначеннями лікаря, які відображаються у медичній документації.

Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється згідно Договору страхування в грошовій формі в наступних варіантах:

а) з розрахунку тривалості непрацездатності - до 5% страхової суми за кожний день перебування на амбулаторному лікуванні (листі непрацездатності);

б) за фактично понесені витрати на лікування - в межах страхової суми при наданні документів, підтверджуючих факт звернення за амбулаторною допомогою (лист непрацездатності або витяг із амбулаторної карти, завірений підписом головного лікаря і печаткою лікувального закладу); чеків або інших фінансових документів, підтверджуючих витрати на лікування.

**«Стационар – компенсація»**

Передбачає виплату страхової суми Застрахованій особі у випадку госпіталізації в стационар лікувально-профілактичного закладу в плановому або екстреному порядку строком не менше 3 діб.

**Страхові випадки:**

– звернення Застрахованої особи до лікувально-профілактичного закладу за отриманням стационарної допомоги у зв'язку з гострим захворюванням або загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням строком не менше 3 днів, які призвели до тимчасової непрацездатності і витрат на лікування відповідно з призначеннями лікаря, які відображаються у медичній документації.

Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється згідно Договору страхування в грошовій формі в наступних варіантах:

а) з розрахунку тривалості непрацездатності - до 5% страхової суми за кожний день перебування в стационарі;

б) за фактично понесені витрати на лікування - в межах страхової суми при наданні документів, підтверджуючих факт госпіталізації (лист непрацездатності або витяг із історії хвороби, завірений підписом головного лікаря і печаткою лікувального закладу), чеків або інших фінансових документів, підтверджуючих витрати на лікування.

## **«Реабілітаційно-профілактичне лікування - компенсація»**

Передбачає виплату страхової суми Застрахованій особі при необхідності або за фактом проведення їй (згідно лікарських рекомендацій) реабілітаційно-профілактичних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах, стаціонарних, санаторно-курортних та іншіх.

Страхові випадки:

- необхідність проведення Застрахованій особі реабілітаційно-профілактичного лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, стаціонарних, санаторно-курортних та іншіх згідно лікарських рекомендацій;
- факт проведення Застрахованій особі реабілітаційно-профілактичного лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, стаціонарних, санаторно-курортних та іншіх згідно лікарських рекомендацій.

Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється в грошовій формі в межах:

- страхової суми при наданні документів, підтверджуючих необхідність або факт проведення Застрахованій особі реабілітаційно-профілактичного лікування (медичний висновок про необхідність проведення реабілітаційно-профілактичного лікування); чеків або інших фінансових документів, підтверджуючих витрати на лікування або вартість путівки .

## **«Швидка медична допомога – компенсація»**

Передбачає виплату страхової суми Застрахованій особі шляхом оплати вартості медичних послуг, які були надані загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги;

Страховий випадок:

- звернення Застрахованої особи до швидкої медичної допомоги у зв'язку з гострим захворюванням або загостренням хронічного захворювання, травмою, отруєнням, які призвели до витрат на лікування відповідно з призначеннями лікаря, які відображаються у медичній документації.

Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється в грошовій формі в межах:

- страхової суми при наданні документів, підтверджуючих факт надання медичної допомоги бригадою швидкої медичної допомоги ( медичної довідки, яка підтвержує факт звернення до швидкої медичної допомоги; чеків або інших фінансових документів, підтверджуючих вартість послуг).

## **2. ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ З НАДАННЯМ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Передбачають виплату страхової суми шляхом оплати медичним закладам вартості фактично наданих Застрахованій особі в зв'язку із страховим випадком медичних послуг.

### **«Сімейний лікар»**

Передбачає попередній огляд з метою виявлення патології і показників для дальнішого обслідування стану здоров'я, визначення факторів ризику, розробку індивідуальних планів корекції здоров'я, застосування профілактичних заходів, якісне медичне обслуговування Застрахованих осіб сімейним лікарем високої кваліфікації.

Програма включає:

- надання лікувально-діагностичної допомоги вдома та в поліклініці;
- консультації по телефону з питань медичної допомоги;
- постійний моніторинг стану здоров'я Застрахованих осіб;
- організацію при необхідності консультацій лікарів - спеціалістів іншого профілю;
- організацію проведення діагностичних обстежень вдома та в поліклініці;

- активний патронаж хворих в період гострих або загострення хронічних захворювань;
- організацію планової госпіталізації;
- організацію стаціонару вдома;
- представництво інтересів Застрахованої особи в стаціонарі у випадку госпіталізації до лікувально-профілактичних закладів та органах управління охороною здоров'я за необхідністю.

### **«Лікар офісу»**

Передбачає моніторинг стану здоров'я працівників офісу, визначення факторів ризику, застосування профілактичних заходів, розробку індивідуальних планів корекції здоров'я, медичне обслуговування Застрахованих осіб лікарем високої кваліфікації.

Програма включає:

- обслуговування працівників в офісі згідно з обраним графіком з проведенням можливих діагностичних та лікувальних маніпуляцій;
- організацію планових медичних оглядів з участию вузьких спеціалістів;
- організацію при необхідності консультацій вузьких спеціалістів поліклініки;
- організаційно - консультативне супровождження планових госпіталізацій;
- представництво інтересів Застрахованої особи в стаціонарі у випадку госпіталізації до лікувально-профілактичних закладів та органах управління охороною здоров'я за необхідністю.

### **«Амбулаторно-поліклінічна допомога»**

Передбачає медичне обслуговування Застрахованих осіб в умовах поліклініки та вдома, покриття витрат на отримані при цьому медичні послуги.

Програма включає:

- консультації лікарів різного фаху;
- проведення діагностичних обстежень (лабораторних, функціональних, рентгенологічних та інших);
- проведення лікувальних маніпуляцій та процедур;
- організацію планової госпіталізації;
- медикаментозне забезпечення відповідно до призначень лікарів;
- денній стаціонар.

### **«Стационарна допомога»**

Передбачає надання стационарної допомоги будь-якого профілю в лікувальних закладах в період гострих захворювань або загострення хронічних у випадках, які потребують госпіталізації, та покриття витрат на отримані в стаціонарі медичні послуги.

**Варіанти програм з розділу «Стационарна допомога»:**

#### **«Стационар – категорія А »**

**Програми страхування за категорією А** включають:

- проведення необхідного обсягу діагностичних, лабораторних та інструментальних досліджень;
- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами;
- догляд середнього медичного персоналу;
- консультації висококваліфікованих лікарів, фахівців кафедр медичних вищих навчальних закладів;
- забезпечення проведення оперативного втручання;
- перебування за медичними показаннями в палаті інтенсивної терапії;
- розміщення в стандартних палатах;

- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими в конкретному медичному закладі.

## «Стаціонар – категорія Б»

**Програми страхування за категорією Б** включають:

- проведення розширеного обсягу діагностичних, лабораторних та інструментальних досліджень, у тому числі з застосуванням сучасної діагностичної апаратури;
- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами;
- догляд середнього медичного персоналу;
- консультації висококваліфікованих лікарів, фахівців кафедр, професорів медичних вищих навчальних закладів;
- забезпечення проведення оперативного втручання;
- перебування за медичними показаннями в палаті інтенсивної терапії з індивідуальним медсестринським постом;
- розміщення в палатах перевищеної комфортності;
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими в конкретному медичному закладі.

## «Швидка (невідкладна) медична допомога»

Передбачає надання екстреної (невідкладної) допомоги в випадках гострих захворювань, загострення хронічних, травм, отруєнь, які загрожують життю, потребують екстреної госпіталізації.

**Програма включає:**

- виїзд висококваліфікованої бригади швидкої медичної допомоги загального або, при необхідності, спеціалізованого профілю;
- надання необхідної екстреної (невідкладної) допомоги;
- проведення експрес-діагностичних заходів (електрокардіографії, тест-обстежень та інших);
- транспортування в лікувальні заклади за наявністю показань для негайної госпіталізації.

## «Реабілітаційно – профілактичне лікування» (категорії А, Б, С).

Передбачає надання реабілітаційно-профілактичної допомоги (згідно з приписом лікарів) в зв'язку з захворюваннями або з метою профілактики за наявністю факторів ризику та покриття витрат на отримані медичні послуги.

**Програма страхування за категорією А** включає проведення реабілітаційно-профілактичних заходів в амбулаторно-поліклінічних або стаціонарних умовах, переважно на базі фізіотерапевтичних відділень, місцевих санаторіях-профілакторіях.

**Програма страхування за категорією Б** включає проведення реабілітаційно-профілактичних заходів на базі лікувально-оздоровчих центрів різних форм власності.

**Програма страхування за категорією С** включає проведення реабілітаційно-профілактичних заходів в санаторно-курортних закладах України та за її межами.

## «Стоматологічна допомога»

Передбачає надання стоматологічної допомоги в лікувальних закладах та покриття витрат на отримані медичні послуги.

**Варіанти програм з розділу «Стоматологічна допомога»:**

**«Екстрена стоматологія»** - передбачає у випадку необхідності надання екстремої стоматологічної допомоги (терапевтичної або хірургічної).

**«Комфорт – стандарт»** - передбачає надання екстремої стоматологічної допомоги, лікувальні заходи при захворюванні на каріес, пульпіт, пародонтит та інші, амбулаторні хірургічні операції.

**«Комфорт – супер»** - передбачає надання екстремої стоматологічної допомоги, лікувальні заходи при захворюванні на каріес, пульпіт, пародонтит та інші, хворобах пародонту, амбулаторні хірургічні операції, реставрацію зубів, проведення профілактичних заходів.

**Індивідуальна програма «Комфорт –еліт»** - додатково включає протезування зубів.

### **«Пологи без проблем»**

Передбачає надання пологодопоміжних заходів в лікувальних закладах та покриття витрат на отримані медичні послуги.

**Програма страхування за категорією А** включає:

- індивідуальне планування та прийняття пологів висококваліфікованими фахівцями;
- повний обсяг консультативних, діагностичних обстежень, які обумовлені клінічною необхідністю;
- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, в тому числі препаратами для знеболювання;
- консультації співпрацівників кафедр медичних вищих навчальних закладів;
- розміщення в палатах перевищеної комфортності;
- розміщення за бажанням в палаті типу «Мати та дитина»;
- поліпшене харчування;
- забезпечення за необхідністю проведення оперативного втручання;
- перебування за медичними показаннями в палаті інтенсивної терапії з індивідуальним медсестринським постом;

**Програма страхування за категорією Б** включає:

- передпологовий нагляд за вагітною закріпленим лікарем;
- профілактику гестозів, загрози переривання вагітності;
- профілактику захворювань новонародженого;
- стаціонарне лікування ускладнень вагітності за медичними показаннями;
- підготовання до пологів;
- завчасну госпіталізацію перед пологами;
- індивідуальне планування та прийняття пологів висококваліфікованими фахівцями;
- повний обсяг консультативних, діагностичних обстежень, які обумовлені клінічною необхідністю;
- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, в тому числі препаратами для знеболювання;
- консультації співпрацівників кафедр медичних вищих навчальних закладів;
- розміщення в палатах перевищеної комфортності;
- розміщення за бажанням в палаті типу «Мати та дитина»;
- поліпшене харчування;
- забезпечення за необхідністю проведення оперативного втручання;
- перебування за медичними показаннями в палаті інтенсивної терапії з індивідуальним медсестринським постом;

### **«Малюк»**

Передбачає профілактичний нагляд дитини до 1 року лікарем-педіатром, надання педіатричної допомоги вдома та покриття витрат на отримані медичні послуги.

Програма включає:

- планові відвідування дитини педіатром вдома (поради з питань догляду, вигодовування; огляд, оброблення пупка), здійснення вакцинації згідно з затвердженим календарем щеплень;
- патронаж медичної сестри;
- профілактичний масаж та лікувальна фізкультура (10 процедур).
- консультивативні послуги лікаря по телефону;
- надання медичної допомоги вдома, за винятком екстрених випадків;
- організація консультацій вузьких спеціалістів за медичними показаннями;
- організація планової госпіталізації;
- представництво інтересів Пацієнта в стаціонарі та органах управління охороною здоров'я за необхідністю.

### **“Здорова дитина”**

Передбачає профілактичний нагляд дитини від 1 до 15 років лікарем-педіатром, надання педіатричної допомоги переважно вдома та покриття витрат на отримані медичні послуги.

Програма включає:

- планові відвідування дитини педіатром вдома (огляд, консультації, рекомендації по проведенню профілактичних заходів);
- здійснення вакцинації згідно з затвердженим календарем щеплень;
- профілактичний масаж та лікувальна фізкультура (10 процедур);
- консультивативні послуги лікаря по телефону;
- надання медичної допомоги вдома, за винятком екстрених випадків;
- патронаж медичної сестри, виконання лікарських призначень;
- організація консультацій вузьких спеціалістів за медичними показаннями;
- організація “стаціонару вдома” або планової госпіталізації;
- представництво інтересів пацієнта в стаціонарі та органах управління охороною здоров'я за необхідністю.

### **“Медикаментозне забезпечення”**

Передбачає забезпечення медикаментами, перев'язочним матеріалом та іншими предметами медичного призначення та відпустку в аптечних закладах за рецептами лікарів в межах страхової суми безкоштовно, або на інших умовах згідно з Договором страхування.

**ДОДАТОК №2**  
**до Правил добровільного медичного страхування**  
**(безперервного страхування здоров'я)**  
**від «20» листопада 2008 р.**

**ПЕРЕЛІК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ І ХВОРОБ (З моменту ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ), В РАЗІ  
НАСТАННЯ ЯКИХ, ЗАСТРАХОВАНИМ НЕ ВІДШКОДОВУЮТЬСЯ ВИТРАТИ ЗА НАДАННЯ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

<b>№ з/п</b>	<b>Назви хвороб, патологічних станів та медичних послуг</b>	<b>Рубрика МКХ-10</b>
1.	Новоутворення.	C00-C97 D00-D36
2.	Вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення.	Q00-Q99
3.	Інфекційні хвороби, що передаються переважно статевим шляхом.	A50-A64
4.	Вірусний гепатит.	B15-B19
5.	Хвороби, зумовлені вірусом імунодефіциту людини.	B20-B24
6.	Мікози.	B35-B49
7.	Розлади психіки та поведінки.	F00-F99
8.	Вагітність, пологи та післяпологовий період.	J000-J99
9.	Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин.	E00-E99
10.	Системні хвороби сполучної тканини. Деміелінізуючі хвороби центральної нервової системи.	M30-M36 G35-G37
11.	Туберкульоз.	A15-A19
12.	Хронічна печінкова та ниркова недостатність, потребуюча проведення екстракорпоральних методів лікування;	
13.	Гостра та хронічна променеві хвороби.	
14.	Професійні захворювання та виробничі травми.	
15.	Безпліддя, імпотенція.	
16.	Усунення косметичних дефектів	
17.	Алкоголізм, наркоманія, токсикоманія та їх ускладнення.	
18.	Протезування всіх видів, у тому числі трансплантація та зубопротезування, придбання окулярів, контактних лінз, слухових пристрій, кардіостимулаторів, мілиць та внутрішньоматкових спіралей.	

**Назви хвороб та патологічних станів викладено у відповідності до міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ - 10).**

Відшкодування медичних витрат, при лікуванні деяких хвороб з даного переліку, може бути включено в Програму страхування на умовах, узгоджених із Страховиком.

## СТРАХОВІ ТАРИФИ

### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**1.1.** Розмір страхової премії при медичному страхуванні за Правилами 0502 визначається у залежності від розміру страхової суми на підставі страхових тарифів Страховика.

Величина тарифної ставки залежить від обраного Страхувальником переліку медичних послуг за визначену медичною Програмою страхування, терміну страхування, факторів, що впливають на ризик настання страхового випадку та інших умов, передбачених Договором страхування.

**1.2.** Для визначення розміру загальної страхової премії за Договором страхування розраховується страхова премія за кожною медичною Програмою страхування, після чого одержані дані підсумовуються.

**1.3.** Зазначені тарифи застосовуються при укладанні Договору страхування строком на один рік.

### 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

**2.1.** При страхуванні фізичних осіб за п. 3.1 Правил (звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу з числа передбачених Договором страхування за отриманням амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, реабілітаційно-профілактичної, стоматологічної медичної допомоги, яка потребує надання медичних послуг) застосовуються базові тарифи, наведені у Таблиці 1.

**ТАБЛИЦЯ 1. ТАРИФИ ПО ПРАВИЛАМ ДОБРОВІЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ГРОМАДЯН**

№ п/п	НАЗВА ПРОГРАМИ	Базовий річний страховий тариф для медичної програми страхування
<b>1.</b>	<b>Програми медичного страхування, при яких здійснюється відшкодування медичних витрат, в тому числі:</b>	
-	Амбулаторно-поліклінічна допомога - компенсація	5,0 %
-	Стационар – компенсація	4,0 %
-	Реабілітаційно-профілактичне лікування - компенсація	8,0 %
-	Швидка медична допомога - компенсація	5,5 %
<b>2.</b>	<b>Програми медичного страхування з наданням медичних послуг, в тому числі:</b>	
-	Сімейний лікар	10,0 %
-	Лікар офісу	10,0 %
-	Амбулаторно-поліклінічна допомога	6,0 %
-	Стационарна допомога	4,0 %
-	Швидка (невідкладна) медична допомога	7,5 %
-	Реабілітаційно – профілактичне лікування	9,0 %
-	Стоматологічна допомога	10,0 %
-	Пологи без проблем	6,0 %
-	Малюк	5,0 %
-	Здорова дитина	5,5 %
-	Медикаментозне забезпечення	9,0 %

**2.2.** Розмір тарифної ставки визначається після розрахунку коефіцієнтів що виявляють ступінь ризику за формулою:

$$T = T_b \times K \times K_1 \times K_2 \times K_3 \times K_4 \times K_5$$

Де  $T$  – загальний розмір тарифної ставки, у % ;  
 $K_6$  - розмір базового тарифу, у % ;  
 $K$  - корегувальний коефіцієнт, величина якого залежить від строку дії Договору страхування (згідно з **Таблицею 2**);  
 $K_1$  - коефіцієнт, величина якого залежить від віку Застрахованого (**Таблиця 3**);  
 $K_2$  - резервний коефіцієнт, величина якого залежить від умов, які впливають на страховий ризик;  
 $K_3$  – корегувальний коефіцієнт, величина якого залежить від наявності хронічних захворювань у Застрахованого;  
 $K_4$  – коефіцієнт, величина якого залежить від кількості Застрахованих;  
 $K_5$  - коефіцієнт, величина якого залежить від стану здоров'я Застрахованого.

**2.3.** При укладанні Договору страхування на строк до 1 року використовується корегувальний коефіцієнт  $K$ , наведений у Таблиці 2. Розрахований річний базовий тариф помножується на корегувальний коефіцієнт  $K$ :

#### ТАБЛИЦЯ 2.

Місяці	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
$K$	0,2	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

**2.4.** При страхуванні осіб за різним віком вводиться коефіцієнт  $K_1$ , наведений у таблиці 3. Розрахований річний базовий тариф помножується на корегувальний коефіцієнт  $K_1$ :

#### ТАБЛИЦЯ 3.

Вік у роках	$K_1$
До 40	1,0
41 – 55	1,5
56 і більше	2,0

**2.5.** Величина резервного коефіцієнту  $K_2$  визначається Страховиком у кожному конкретному випадку в залежності від особистих звичок, способу життя особи, здоров'я якої страхується, інших факторів, які впливають на страховий ризик (схильність до визначених захворювань внаслідок спадкоємності, заняття активними видами спорту, паління, вживання алкоголю та інш.) і може складати від 0,1 до 3,0.

**2.6.** Величина корегувального коефіцієнту  $K_3$  визначається Страховиком у залежності від наявності хронічного захворювання у Застрахованого і може збільшуватись, в залежності від захворювання, в межах від 1,0 до 3.

**2.7.** По програмі „Сімейний лікар” використовується корегувальний коефіцієнт  $K_4$ , величина якого залежить від кількості членів сім'ї. При наявності членів сім'ї більше 3, коефіцієнт може складати від 1,0 до 2.

**2.8.** Корегувальний коефіцієнт  $K_5$  використовується Страховиком у разі відсутності інформації про стан здоров'я Застрахованого на момент укладання договору страхування і може складати від 1 до 3, а також при включені до умов Договору страхування додаткових умов, зазначених в п.4.4. Правил.

**2.9.** У будь-якому випадку, при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 60% від страхової суми.

**2.10.** Норматив витрат на ведення справи складає 35% в структурі вищепереліканих страхових тарифів.

Розрахунок тарифів виконав:

Актуарій

I. Г. Шелест (Кремежна)  
Диплом № 012 від 17.09.1999р.

Пронумеровано, проанотовано  
згідно з та аркуш

ЗАКЛЮЧЕННЯ № 3470/2009

Державна комісія з державного реєстру

