

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
ГОЛОВА ПРАВЛІННЯ ЗАТ "УСК "ПАНАЦЕЯ-1997"



=Морозов А.М.=
1999 року.

П Р А В И Л А
медичного страхування на випадок
невідкладних станів

№ 21

м. Київ
1999 року

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

1.1. Ці Правила встановлюють умови, які розповсюджуються на всі договори страхування, де вказано на підпорядкованість цим Правилам.

1.2. Ці Правила розроблені у відповідності з Цивільним Кодексом України, Закону України "Про страхування" та інших законодавчих та нормативних актів, що регулюють правовідносини в галузі страхування.

1.3. Терміни, що використовуються у цих Правилах, відповідають термінам, що вживаються у вказаних вище нормативних актах. Додаткові терміни визначаються цими Правилами.

II. ОБ'ЄКТ ТА СУБ'ЄКТИ СТРАХУВАННЯ.

2.1. Об'єктом страхування за цими Правилами є майнові інтереси Страхувальника, що пов'язані з відшкодуванням Страховиком витрат за отриману Застрахованою особою невідкладну медичну допомогу.

2.1.1. Під "невідкладною медичною допомогою" розуміється медична допомога, яка надається Застрахованій особі в разі виникнення розладу стану її здоров'я внаслідок гострого або загострення хронічного захворювання, нещасного випадку.

2.2. Страховик - Закрите акціонерне товариство "Українська страхована компанія "Панацея-1997", що приймає на себе зобов'язання згідно договору страхування здійснити при настанні страхового випадку оплату вартості невідкладної медичної допомоги в терміни та порядку, обумовленому договором страхування.

2.3. Страхувальник - юридична або дієздатна фізична особа що уклала із Страховиком договір страхування на підставі цих Правил на користь себе чи Застрахованої особи.

2.4. Застрахована особа - фізична особа, що взята під страховий захист на підставі договору страхування, які можуть набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно умов договору страхування.

2.5. Уповноважений Страховиком медичний заклад - це медична установа, яка вказана в договорі страхування і з якою у Страховика укладено договір про надання невідкладної медичної допомоги Застрахованим особам.

III. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ.

3.1. Страхова сума - сума, в межах якої Страховик несе відповіальність перед Застрахованою особою, згідно з договором страхування.

3.2. Розмір страхової суми визначається Страхувальником та Страховиком за взаємною згодою сторін при укладанні договору страхування.

3.3. В період дії договору страхування, сторони мають право збільшити страхову суму, шляхом укладання нового договору страхування на підставі цих Правил.

3.4. В договірі страхування може бути передбачена франшиза (умовна чи безумовна) - частки збитків, що не відшкодовуються Страховиком при настанні страхового випадку.

В разі призначення умовної франшизи Страховик звільняється від відшкодування за збиток, розмір якого не перевищує розміру франшизи.

В разі призначення безумовної франшизи Страховик виплачує відшкодування з відрахуванням розміру франшизи.

Франшиза визначається за взаємною згодою сторін при укладанні договору страхування у відсотках страхової суми або в абсолютному розмірі.

IV. СТРАХОВИЙ РИЗИК.

4.1. Страховим ризиком по договору страхування є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і має ознаки ймовірності та випадковості настання.

4.2. Страховим випадком за цими Правилами є звернення Застрахованої особи до уповноваженого медичного закладу за невідкладною медичною допомогою у зв'язку з розладом стану здоров'я Застрахованої особи, який потребує невідкладного медичного втручання та виник внаслідок:

- гострого або загострення хронічного захворювання Застрахованої особи;
- нечасного випадку, який стався із Застрахованою особою.

4.3. Під "гострим або загостренням хронічного захворювання" розуміється стан організму, що виник внаслідок хвороби і потребує невідкладних дій щодо полегшення страждань, термінового амбулаторного лікування чи активного медичного нагляду Застрахованої особи.

4.4. Під "нечасним випадком" розуміється раптова, короткочасна, непередбачена та незалежна від волі Застрахованої особи подія, що може привести до зміни функцій органів та систем організму людини внаслідок дії зовнішніх факторів (фізичних, термічних, хімічних, таке інше), що призводить до порушення анатомічної цілісності органів і призводить до розладу стану здоров'я Застрахованої особи.

4.4. Договір страхування розповсюджується на страхові випадки, які сталися в період його дії.

V. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ.

5.1. Страховик звільняється від сплати страхового відшкодування при настанні подій, що настали внаслідок:

- ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення, пов'язаного з будь-яким застосуванням атомної енергії або розщеплюваних матеріалів;
- громадянської війни, народних різного роду заворушень та страйків;
- всякої роду військових дій або військових заходів та їх наслідків, повстань, заколотів, народних заворушень, піратських та інших протиправних дій;
- конфіскації, націоналізації та інших заходів політичного характеру, здійснених за наказом військової або цивільної влади та політичних організацій ;
- навмисних, карних дій Страхувальника, застрахованої особи, що направлені на нанесення особисто собі чи іншій особі шкоди життю та здоров'ю, що привели до настання страхового випадку;
- невиконання Страхувальником п. 8.3., 9.5 цих Правил.

5.2. Страховиком не відшкодовуються витрати:

- санаторно-курортного лікування;
- що виникли внаслідок захворювання діагноз якого було виявлено, чи лікування якого було розпочато за місяць до укладання договору страхування;
- відшкодовані за іншими договорами страхування або в межах державної медичної програми;
- на діагностику вагітності, передчасні пологи (викидень), пологи та їх ускладнення;
- на лікування венеричних захворювань та СНІДу, а також усіх хвороб, викликаних ВІЛ-вірусом;
- на медичні послуги, що настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин або вживання непрописаних лікарем фармацевтичних засобів;
- на діагностику та лікування природжених, захворювань;
- на профілактичну стоматологічну допомогу, якщо вона не є наслідком гострої зубної болі та не потребує не-відкладної медичної допомоги;
- на пластичні косметичні операції; купівлю і ремонт допоміжних засобів (окулярів слухових апаратів, протезів та інших засобів);
- на медичну допомогу або витрати у разі смерті Страхувальника або Застрахованої особи внаслідок автомобільної аварії, при умові, що автомобілем керував Страхувальник або Застрахована особа, не маючи водійських прав чи під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, а також, якщо він, їхав в автомобілі, яким керувала особа, що не має водійських прав чи під впливом алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин;
- на медичну допомогу, по захворюванню, яке виникле внаслідок скоєння самим Страхувальником або Застрахованою особою умисного правопорушення;
- на медичну допомогу чи витрати у разі смерті Страхувальника чи Застрахованої особи у разі самогубства чи спроби самогубства або навмисного нанесення особисто собі чи іншою особою травми чи іншої шкоди життю та здоров'ю;
- понесені у зв'язку з лікуванням психічних або нервових розладів;
- пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними та доцільними з медичної точки зору чи лікуванням, не призначеним лікарем;
- пов'язані з наданням послуг медичним закладом, що не має відповідного дозволу чи ліцензії, або особою, що не має право на здійснення медичної практики;
- на проведення дезинфекцій, профілактичних вакцинацій, ін'єкцій, щеплень, лікарських експертиз та лабораторних досліджень, не пов'язаних із страховим випадком;
- пов'язані із наданням додаткового комфорту, а саме: телевізора, телефона, кондиціонера, послуг перукаря, масажиста, косметолога, таксі, таке інше;
- пов'язані із звичайними медичними оглядами або обслідуваннями й обстеженням зору та /або слуху і надання відповідної медичної допомоги, тобто дії, що не підпадають під визначення "невідкладної медичної допомоги";
- що виникли після закінчення терміну дії договору страхування

5.3. За будь-яких обставин не відшкодовуються витрати, що настали внаслідок: тяжких занедбаних з вини Страхувальника чи Застрахованої особи та невиліковних на рівні сучасного розвитку медицини захворювань та травм.

5.4. Не підлягають відшкодуванню за цими Правилами витрати, що пов'язані із раптовими захворюваннями та нещасними випадками, що виникли до набуття чинності договору страхування.

5.5. Конкретний перелік виключень із страхових випадків визначається безпосередньо договором страхування.

VI. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

6.1. Термін дії договору страхування визначається за згодою сторін та не може перевищувати одного року.

6.1.2. Договір страхування діє в термін, визначений в ньому.

6.2. Договір страхування набирає чинності з моменту сплати страхового платежу, в межах терміну, передбаченому в договорі страхування, якщо інше не визначено в ньому.

6.2.1. Моментом сплати страхового платежу вважається:

- при безготівковому розрахунку - день надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика або уповноваженої їм особи (страхового посередника);

- при готівковому розрахунку - день сплати готівки в касу Страховика або уповноваженої їм особи (страхового посередника);
- 6.3. Строк та порядок сплати страхового платежу визначається договором страхування.
- 6.4. Дія договору страхування розповсюджується на території України. Дія договору страхування може обмежуватись безпосередньо договором страхування.

VII. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

- 7.1. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви Страхувальника, яка містить в собі:
- прізвище, ім'я, по батькові або називу Страхувальника;
 - прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, його домашня адреса та номери контактних телефонів за місцем постійного проживання;
 - повна дата народження Застрахованої особи;
 - серія, номер і дата видачі паспорту;
 - термін дії договору страхування;
 - розмір страхової суми;
 - додаткова інформація.

7.1.1. У випадку страхування одним Страхувальником декількох Застрахованих осіб (групи), до заяви додається список Застрахованих осіб де визначається:

- прізвище, ім'я, по батькові Застрахованих осіб, їх домашня адреса та номери контактних телефонів;
- прізвище та ім'я по батькові Застрахованої особи;
- повна дата народження кожної Застрахованої особи;
- серія номер і дата видачі паспорту;
- додаткова інформація.

7.1.2. Страхувальник може викласти свій намір укласти договір страхування у іншій формі, що задовольняє обидві сторони та надає достатню інформацію для укладання договору страхування.

7.1.3. Подання Страхувальником заяви не зобов'язує Страховика укласти договір страхування.

7.2. На підставі поданих документів Страховик визначає ступінь ризику та розмір страхового платежу. Після цього повідомляє Страхувальнику про згоду укласти договір страхування, строків внесення страхового платежу, іншу інформацію.

7.3. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний сповістити Страховику всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ймовірності настання страхового випадку та розміру можливих збитків.

Якщо після укладання договору страхування було встановлено, що Страхувальник повідомив навмисно неправдиві відомості про обставини, що можуть мати важливе значення для визначення ймовірності настання страхового випадку та розміру можливого збитку, Страховик має право вимагати розірвання договору страхування у відповідності з вимогами чинного законодавства.

7.4. Договір страхування укладається як письмова угода між Страховиком та Страхувальником.

7.5. Факт укладання договору страхування посвічується страховим полісом, що має форму договору страхування.

7.6. По укладеним договорам страхування усі взаєморозрахунки здійснюються у національній валюті України.

VIII. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН.

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. Отримати повну інформацію про умови та положення цих Правил.

8.1.2. Достроково припинити дію Договору страхування та отримати суму страхових платежів, які повертаються за його умовами.

8.1.3. Вносити зміни в попередні умови договору страхування, які стосуються строку страхування та розміру страхової суми з відповідним перерахунком страхового платежу.

Примітка. В разі внесення змін у первинні умови договору страхування, попередній страховий поліс анулюється та між сторонами укладається новий договір страхування.

8.1.4. Отримати дублікат страхового полісу у разі його втрати.

8.1.5. Вимагати від Страховика інформацію, що стосується його виконання зобов'язань по договору страхування.

8.1.6. Вимагати надання невідкладної медичної допомоги в обсягах та порядку визначеному цими Правилами.

8.2. Страховик (його представник) має право:

8.2.1. Запитувати й отримувати у Страхувальника будь-яку інформацію, яка має відношення до укладання договору страхування та настання страхового випадку.

8.2.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію, а також контролювати виконання Страхувальником вимог та умов договору страхування.

8.2.3. Встановлювати розмір страхового платежу.

- 8.2.4. Відмовити в оплаті наданої невідкладної медичної допомоги та вимагати відшкодування витрат по наданні невідкладної медичної допомоги у випадках передбачених договором страхування.
- 8.2.5. Під час дії договору страхування здійснювати будь-які запобіжні та контрольні заходи в межах діючого законодавства, спрямовані на запобігання настання страхового випадку.
- 8.2.6. Вимагати повернення сплаченого страхового відшкодування у випадках, передбачених цими Правилами та договором страхування.

- 8.2.7. Робити запити про відомості, що пов'язані із настанням страхового випадку у правоохоронні та податкові органи, органи управління охорони здоров'я, лікувально-профілактичні заклади, суди, банки, медичні, інші установи та організації, а також лікарям, що надавали медичну допомогу.
- 8.2.8. В будь-який час призначити або найняти на умовах, яких вважає за потрібне, адвокатів, експертів, лікарів та інших осіб, яким доручається розслідування, вироблення рекомендацій або ведення іншим чином справи, що пов'язана із настанням страхового випадку.

- 8.2.9. При настанні страхового випадку, ознайомитись з медичною документацією, пов'язаною із лікуванням застрахованої особи.

8.3. Страхувальник зобов'язаний:

- 8.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі згідно умов договору страхування;
- 8.3.2. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну попередніх умов, та співробітничати по всім питанням, що можуть мати відношення до договору страхування, об'єкту страхування, врегулюванню наслідків настання страхового випадку або при розгляді поданих до нього претензій.

- 8.3.3. Письмово повідомляти Страховика про зміни, які Страхувальник має намір внести в умови договору страхування.

Примітка. Договір на нових умовах набуває чинності з дати його переоформлення.

- 8.3.4. Вжити заходів по запобіганню та зменшенню збитків, завданих настанням страхового випадку;

8.3.5. При настанні страхового випадку:

- надавати Страховику або його представнику всі документи, що пов'язані із страховим випадком;
- надати Страховику або його представнику всіляку допомогу, усю доступну інформацію та документацію, яка дозволить йому зробити висновок про причини, дії та наслідки настання страхового випадку, характер та розмір отриманої шкоди;
- пред'являти страховий поліс уповноваженому страховиком медичному закладу у будь-якому випадку, пов'язаному з отриманням невідкладної медичної допомоги.

- 8.3.6. Звільнити лікаря від обов'язків зберігати лікарську таємницю щодо лікування, яке оплачує Страховик.

8.4. Страховик зобов'язаний:

- 8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами договору страхування та цими Правилами.

- 8.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів.

- 8.4.3. При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування протягом п'яти банківських днів з моменту складання Акту про настання страхового випадку.

- 8.4.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника, лікарську таємницю та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

- 8.4.5. Своєчасно повідомити Страхувальника щодо прийнятого рішення про оплату невідкладної медичної допомоги, що передбачені цими Правилами та договором страхування.

- 8.4.6. Заздалегідь повідомити Страхувальника або Застраховану особу про наближення загального розміру проведених виплат за договором страхування до розміру страхової суми, визначеного договором страхування щоб останній мав змогу своєчасно укласти новий договір страхування.

- 8.5. Конкретний перелік прав та обов'язків суб'єктів договору страхування визначається безпосередньо договором страхування. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника та Страховика.

IX. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.

- 9.1. Після настання страхового випадку та отримання невідкладної медичної допомоги, Страхувальник або Застрахована особа зобов'язаний, повідомити Страховика про настання страхового випадку.

- 9.2. При настанні страхового випадку, передбаченого договором страхування, Страхувальник або Застрахована особа зобов'язані вживати розумних, ефективних та посильних заходів в обставинах, що склалися, для зменшення можливих негативних наслідків.

- 9.3. Страховик звільняється від оплати невідкладної медичної допомоги, якщо вони виниклі внаслідок того, що Страхувальник навмисно не вживав розумних та посильних заходів, щоб зменшити можливі витрати.

- 9.4. Оплата невідкладної медичної допомоги здійснюється на підставі Акту про настання страхового випадку та документів уповноваженого медичного закладу, що надавав Застрахованій особі невідкладну медичну допомогу (заява про виплату, документи, що підтверджують настання страхового випадку: первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, нозології, перелік діагностичних процедур, лікувальних заходів, перелік лікарських препаратів із зазначенням форми випуску, дозування, а також

н та періодичність застосування, їх вартість та інших документів, що мають або можуть мати відношення до страхового випадку).

9.4.1. Конкретний перелік документів, необхідних для оплати невідкладної медичної допомоги визначається безпосередньо договором страхування.

9.5. За вимогою Страховика або уповноваженої особи представити будь-які інші документи, пов'язані із настанням страхового випадку, хворобою та лікуванням,

X. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ОПЛАТИ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

10.1. Оплата невідкладної медичної допомоги здійснюється безпосередньо уповноваженому медичному заходу на підставі документів, передбачених п.9.4 цих Правил.

10.2. Розмір страхового відшкодування визначається виходячи із фактичних витрат на оплату невідкладної медичної допомоги.

10.3. У будь-якому разі вартість невідкладної медичної допомоги, що підлягає оплаті по одному договору страхування, не може перевищувати розміру страхової суми, визначеного в ньому.

10.4. При необхідності Страховик робить запити, що пов'язані з настанням страхового випадку, у правоохоронних та судових органів, органів управління охороною здоров'я, медичних закладів та в інших установах та організаціях, які володіють або можуть володіти інформацією, а також мають право самостійно з'ясовувати причини або обставини настання страхового випадку.

10.5. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту подання усіх необхідних документів, передбачених п 9.5 цих Правил. У цей термін не входить час, витрачений на запити, повідомлення, вимоги, розгляд додаткових документів, що мають істотне значення для прийняття рішення про виплату страхового відшкодування.

XI. ПОРЯДОК ЗМІНИ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

11.1. Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

- закінчення терміну його дії;
- виконання Страховиком зобов'язань в межах, передбачених договором страхування;
- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування терміни.
- смерті Страхувальника-громадянина або втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";
- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
- з ініціативи Страхувальника згідно з умовами цих Правил страхування та чинного законодавства України;
- з ініціативи Страховика згідно з умовами цих Правил страхування та чинного законодавства України;
- в інших випадках, передбачених законодавством України та договором страхування.

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

11.3. Страхувальник має право достроково припинити дію договору страхування, якщо це передбачено умовами договору страхування, і на цей момент можливість настання страхового випадку не відпала за обставин інших, ніж страховий випадок (до таких обставин, наприклад, відноситься припинення в установленому порядку діяльності Страхувальника). В цьому разі Страховик повертає Страхувальному страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

Якщо вимога Страхувальника пов'язана з порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

11.4. Якщо після набуття сили договору страхування можливість настання страхового випадку відпала та існування страхового ризику скінчилося з обставин інших, ніж страховий випадок, Страховик має право на частину страхового платежу, що пропорційна часу, протягом якого діяв договір страхування.

11.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальному повертаються повністю сплачені страхові платежі. Якщо ініціатива Страховика зумовлена порушенням Страхувальним умов договору страхування, Страховик повертає Страхувальному сплачену страхову премію за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування.

11.6. Сума страхових платежів, що повертаються на умовах пп. 11.3 - 11.5, виплачується Страхувальному.

З моменту виплати цієї суми дія договору страхування закінчується.

11.7. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі за умови дострокового припинення договору страхування.

11.8. Недійсність договору страхування.

Договір страхування вважається недійсним з часу його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку згідно з діючим законодавством України.

XII. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.

12.1. Спори, що виникають між суб'єктами страхування за цими Правилами, вирішуються шляхом переговорів, а в разі недосягнення згоди - згідно чинного законодавства України.

XIII. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.

13.1. Страхові платежі наведені в Додатку №1 до цих Правил.

13.2. Страхова премія сплачується Страхувальником одноразово шляхом безготівкових або готівкових розрахунків.

13.3. При розрахунку страхових премій можуть застосовуватись коррегуючі коефіцієнти.

XIV. ОСОБЛИВІ УМОВИ.

14.1. При укладанні договору страхування можуть бути передбачені умови, що не протирічать цим Правилам та іншим законодавчим й нормативним актам України.

14.2. При перекладі цих Правил на інші мови, крім української, український текст є головним.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ
по медичному страхуванню на випадок
невідкладних станів

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф у % від страхової суми		
	Для практично здорових Застрахованих осіб	Для застрахованих осіб з наявністю захворювань в анамнезі	Для Застрахованих осіб з хронічними захворюваннями
до 15 років	10 - 15 %	60 - 65 %	70 - 80 %
від 16 років до 40 років	7 - 13 %	55 - 60 %	65 - 75 %
від 41 року до 55 років	9 - 14 %	60 - 65 %	75 - 85 %
від 56 років до 60 років	11 - 16 %	65 - 70 %	80 - 90 %
від 60 років до 65 років	18 - 23 %	70 - 75 %	85 - 95 %

Розмір страхового внеску залежить від терміну страхування, величини страхової суми, віку Застрахованої особи, виду діяльності в період страхування, кількості Застрахованих осіб в групі та інших факторів.

Для розрахунку конкретного страховогого тарифу при укладанні договору страхування сторони можуть використовувати коректуючи коефіцієнти від 0,7 до 1.3. Конкретний розмір страховогого тарифу розраховується шляхом множення базового страховогого тарифу на коректуючий коефіцієнт.

Коректуючи коефіцієнти:

Номер по порядку	Фактор ризику	Коректуючи коефіцієнти
1.	Рід професійної діяльності	0.7 - 1.6
2.	Рід побічних занять	0.9 - 1.3
3.	Умови праці, оточуючої середи	0.8 - 1.2
4.	Ступінь психо - емоційних навантажень	1.0 - 1.4
5.	Ймовірність контактів з особами сумнівної поведінки	1.0 - 1.5
6.	Спадковість	0.9 - 1.2
7.	Риси характеру	0.9 - 1.1
8.	Побутові звички вживання алкоголю, тютюну	1.0 - 1.3
9.	Умови проживання	0.8 - 1.2
10.	Частота звернень по невідкладну медичну допомогу	0.9 - 1.3

Актуарій

Птуха Ю.О.

