

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

ТДВ „СК „ВІД-СТРАХУВАННЯ”

Д.В. Радіонов



ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
(нова редакція)

м. Київ – 2008 р.

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	4
3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	4
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	5
5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ВНЕСОК	7
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ	7
7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	11
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ	15
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	16
14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	17
15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	17
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	19
Додаток 1. Страхові тарифи	20

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) - (надалі по тексту - Правила) розроблені у відповідності до вимог Закону України "Про страхування" (з урахуванням змін та доповнень до нього), інших законодавчих актів України.

1.2. Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ВіДі-Страхування» (надалі по тексту - Страховик) укладає згідно з цими Правилами договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), (надалі за текстом – Договір страхування).

1.3. Під медичним страхуванням розуміється вид страхування, що передбачає обов'язок Страховика здійснити страхові виплати шляхом оплати вартості отриманих Застрахованою особою в медичних, профілактичних, оздоровчих та інших закладах медичних послуг, що входять до програми медичного страхування.

1.4. Для реалізації програм медичного страхування Страховик укладає з медичними, профілактичними, оздоровчими та іншими закладами або асистуючою компанією договори про надання Застрахованим особам медичної допомоги та медичних, профілактичних, оздоровчих послуг (далі по тексту - медичних послуг).

1.5. Правила визначають загальні умови здійснення добровільного медичного страхування. Конкретні умови страхування зазначаються в Договорах страхування.

1.6. За цими Правилами передбачається укладання Договору страхування окремої фізичної особи та страхування групи фізичних 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 за їх згодою.

1.7. Тлумачення термінів:

1.7.1. **Страховик** - Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «ВіДі-Страхування».

1.7.2. **Страхувальник** - юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали з Страховиком Договір страхування. Страхувальники мають право укладати Договори про страхування власного здоров'я або здоров'я третіх осіб за умови отримання їхньої згоди на укладення договору страхування. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір про страхування власного здоров'я, він одночасно є Застрахованою особою.

1.7.3. Застрахована особа - фізична особа, про страхування якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.7.4. Договір страхування - це письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості отриманих Застрахованою особою медичних послуг певного переліку та якості в обсягах Програми медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

1.7.5. Медичний заклад – заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу (медичні послуги), або фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або заклад охорони здоров'я медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги (медичних послуг), передбаченої Програмою медичного страхування.

1.7.6. Програма медичного страхування (далі – Програма страхування) - це погоджені між Страховиком та Страхувальником у конкретному Договорі страхування види, обсяги та порядок надання та фінансування медичної допомоги та медичних послуг, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

1.7.7. Асистуюча компанія – спеціалізована служба, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування Договорів страхування в частині організації та фінансування медичної допомоги, медичних послуг у обсязі Програм страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, які не суперечать закону і пов'язані із здоров'ям Застрахованої особи.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй медичної допомоги та/або медичних (профілактичних, оздоровчих та інших) послуг, зокрема:

- гостре захворювання;
- загострення чи ускладнення хронічного захворювання;
- нещасний випадок.

3.2. Страховим випадком відповідно до цих Правил є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до медичного (профілактичного, оздоровчого та іншого) закладу або асистуючої компанії, передбачених Договором страхування, з приводу розладу здоров'я, за отриманням консультаційної, діагностичної, лікувальної, лікарської, реабілітаційної, оздоровчої та іншої медичної допомоги у межах переліку, передбаченого програмами медичного страхування, передбачених Договором страхування.

3.3. В Договорі страхування встановлюється конкретний перелік видів розладу здоров'я Застрахованої особи, на випадок настання яких провадиться страхування.

3.4. Події, зазначені в п.3.2. цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо вони сталися в період дії Договору страхування і підтверджені документами медичних (профілактичних, оздоровчих та інших закладів, які надавали Застрахованій особі послуги, передбачені Договором страхування) з урахуванням інших умов Договору страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не відноситься до страхових випадків звернення Застрахованої особи до медичного (профілактичного, оздоровчого та іншого) закладу, пов'язане із:

4.1.1. неправомірними діями Застрахованої особи, що призвели до необхідності отримання медичної допомоги;

4.1.2. навмисним спричиненням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

4.1.3. самогубством (спробою самогубства) Застрахованої особи, за винятком випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

4.1.4. алкогольним, наркотичним, токсичним сп'янінням Застрахованої особи, якщо даний стан став причиною виникнення страхового випадку;

4.1.5. вживанням ліків, не призначених лікарем (самолікування);

4.1.6. захворюваннями на особливо небезпечні інфекції, що викликані масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;

4.1.7. лікуванням венеричних захворювань, СНІДу, а також хвороб, що є їх наслідками чи проявами.

4.1.8. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби;

4.1.9. хворобами ендокринної системи та їх наслідками;

4.1.10. захворюваннями, на які Застрахована особа хворіла до набуття чинності Договору страхування, крім випадків їх загострення;

4.1.11. загостренням та ускладненням хронічної хвороби Застрахованої особи, курс лі-

кування якої розпочався до набуття чинності Договору страхування;

- 4.1.12. вродженими вадами розвитку, деформаціями та хромосомними аномаліями;
- 4.1.13. захворюваннями, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності та випадків, коли стан Застрахованої особи загрожує її життю;
- 4.1.14. онкологічними захворюваннями;
- 4.1.15. захворюваннями на туберкульоз;
- 4.1.16. грибковими захворюваннями, крім враження внутрішніх органів;
- 4.1.17. лікуванням методами нетрадиційної медицини;
- 4.1.18. наслідками польотів Застрахованої особи на будь-яких літаючих апаратах та управління ними, а також стрибками із парашутом;
- 4.1.19. наслідками участі Застрахованої особи у професійних чи аматорських спортивних змаганнях;
- 4.1.20. наслідками занять Застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту.

4.2. Не укладаються Договори страхування щодо осіб, які є ВІЛ - інфікованими, знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах, якщо інше не передбачене Договором страхування.

4.3. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку, який стався в період дії Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

4.4. Страховик не оплачує, якщо інше не передбачено Договором страхування, вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо), а також пошук та доставку органів для трансплантації.

4.4.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

4.4.2. під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в Україні, або на території дії Договору страхування;

4.4.3. під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту

4.4.4. у випадку впливу ядерної енергії;

4.4.5. в результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства України. При цьому, факт протизаконних дій (бездіяльності) відповід-

них органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому, передбаченому законодавством порядку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ВНЕСОК

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

5.2. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

5.3. Розмір страхового внеску визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку №1 до цих Правил.

5.4. Страхові внески за Договором сплачуються Страхувальником одноразово за весь строк страхування, або періодично протягом строку страхування у терміни, визначені Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.5. Страхувальник може сплатити страховий внесок готівкою, або перерахувати на розрахунковий рахунок Страховика (страхового посередника) безготівково.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

6.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку. Максимальний розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

6.2. Загальна сума страхових виплат по страховим випадкам не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

6.3. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми.

6.3.1. При збільшенні розміру страхової суми величина доплати страхового внеску (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:

$$Д = (П2 - П1) \times К \quad (1)$$

де: П1, П2 – річні страхові внески по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;

К - коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з Додатком №1 до цих Правил та кількістю повних місяців, що залишилися до закінчення дії Договору страхування. При

цьому, неповний місяць приймається за повний.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

У разі страхування групи осіб Страхувальник додає до заяви список осіб, що підлягають страхуванню, який водночас є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

7.2. Страховик має право вимагати при укладенні Договору страхування проведення медичного огляду осіб, щодо яких укладається Договір страхування, або заповнення заяви-анкети на страхування за встановленою Страховиком формою з переліком запитань щодо стану здоров'я особи.

7.3. На підставі проведеного огляду або заяви-анкети Страховик визначає належність зазначених осіб до груп ризику та відповідні розміри страхових внесків.

7.4. Витрати на медичний огляд особи, щодо якої укладається Договір страхування, оплачуються нею самостійно, якщо інше не передбаченого Договором страхування.

7.5. У разі відмови особи, щодо якої укладається Договір страхування, пройти медичний огляд або надати запитані Страховиком відомості, Страховик має право відмовити в укладенні Договору страхування.

7.6. Страховик має право перевірити достовірність наданих Страхувальником відомостей. У випадку встановлення того, що Страхувальник повідомив про себе (особу, що страхується) невірні дані, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування.

7.7. Страховик має право відмовити в укладенні Договору страхування без пояснення причин відмови.

7.8. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної з сторін.

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

7.10. При укладенні Договору про страхування третіх осіб (крім дітей у віці до 16-ти років) необхідна згода Застрахованої особи, а у разі страхування неповнолітніх осіб - письмова згода їх батьків або піклувальників.

7.11. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом (свідоцтвом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

До Договору страхування додаються, якщо це передбачено Договором страхування:

- список Застрахованих осіб із зазначенням П.І.Б., віку, статі, повної домашньої адреси, телефону;
- програми медичного страхування;
- перелік медичних закладів, до яких Застраховані особи мають право звернутися за одержанням медичної допомоги або медичних послуг.

Застрахованій особі забороняється передавати страховий поліс (свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою одержання такими особами медичних послуг за Договором страхування. Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі поліс (свідоцтво, сертифікат), Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи і відмовити у страховій виплаті.

У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) страхового полісу (свідоцтва, сертифікату), він повинний негайно сповістити про це Страховика. Страховик за письмовою заявою Страхувальника (Застрахованої особи) видає дублікат поліса (свідоцтва, сертифіката), після чого втрачений поліс (свідоцтво, сертифікат) припиняє свою дію і страхові виплати по ньому не здійснюються.

7.12. Страхувальник протягом строку дії Договору може збільшити кількість Застрахованих осіб, перелік програм медичного страхування, обсяг медичних послуг, розмір страхової суми, шляхом оформлення додаткової угоди до Договору страхування, та сплатою додаткового страхового внеску.

Додатковий страховий внесок у цьому випадку сплачується одноразово, якщо додатковою угодою до Договору страхування не встановлене інше.

7.13. Договором страхування можуть бути передбачені наступні опції:

7.13.1. Опція 1 - "Амбулаторно-поліклінічне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

7.13.2. Опція 2 - "Стаціонарне лікування". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях медичних закладів та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування.

7.13.3. Опція 3 - "Невідкладна медична допомога". Програма передбачає організацію

та оплату вартості медичної допомоги, що надається загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги та оплату медикаментозного забезпечення.

7.13.4. Опція 4 - "Стоматологія". Програма передбачає організацію та оплату вартості невідкладної та планової медичної допомоги, що надається при лікуванні захворювань стоматологічного профілю.

7.13.5. Опція 5 - "Комплексна медична допомога" Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному та/або стаціонарному лікуванні з медикаментозним забезпеченням курсу лікування, а також невідкладну медичну і стоматологічну допомогу, послуг бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги, стоматологічної допомоги та/або медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг.

7.13.6. Опція 6 - "Консультативно-діагностична допомога". Програма передбачає організацію та оплату вартості консультацій, обстежень, проведення досліджень, надання рекомендацій щодо лікування в умовах поліклініки.

7.13.7. Опція 7 - "Аптека". Програма передбачає організацію та оплату медикаментозного забезпечення курсу лікування в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару при наданні медичної допомоги.

7.13.8. Опція 8 - "Вагітність та пологи". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомогита надані медичних, профілактичних, спортивно-оздоровчих послуг в передпологовому періоді, при пологах та після пологовому періоді.

7.13.9. Опція 9 - "Нетрадиційна медицина". Програма передбачає організацію надання та оплату вартості лікування нетрадиційними методами.

7.13.10. Опція 10 - "Корекція зору". Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при порушеннях функцій органу зору, які мали місце під час дії Договору страхування.

7.13.11. Опція 11 - "Сім'я". Програма передбачає організацію та оплату медичної допомоги, профілактичних заходів, оздоровчих та медичної допомоги, що надається застрахованим членам сім'ї.

7.13.12. Опція 12 - "Лікар офісу". Програма передбачає медичне спостереження працівників колективу кваліфікованим лікарем, організацію надання та оплату профілактичних, оздоровчих заходів та медичної допомоги.

7.13.13. Опція 13 - "Айболит". Страхування дітей віком від 1 дня до 18 років. Програма передбачає організацію надання та оплату комплексу профілактичних, оздоровчих та лікувальних заходів по збереженню та відновленню здоров'я дитини.

7.14. Договором страхування може бути передбачено включення до обсягу медичної допомоги (медичних послуг), вартість якої відшкодовується за Договором страхування, опцій, зазначених у п. 7.13 цих Правил в будь-якому сполученні, та/або інших опцій.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін від одного до дванадцяти місяців, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування. Страховиком можуть встановлюватись обмеження по території дії Договору страхування, за віком - для Застрахованої особи, що зазначаються у Договорі страхування.

8.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий внесок, відповідальність страховика встановлюється пропорційно сплаченій частці страхового внеску, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1 Ознайомитись з умовами та Правилами страхування;
- 9.1.2 На отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку;
- 9.1.3 На укладання Договору страхування про страхування третьої особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування;
- 9.1.4 На зміну умов Договору страхування за згодою Страховика протягом дії Договору страхування;
- 9.1.5 Достроково припинити дію Договору страхування згідно з цими Правилами та Договором страхування.
- 9.1.6 На отримання дублікату Договору страхування у разі втрати оригіналу.
- 9.1.7 Оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.
- 9.1.8 В період дії Договору страхування до настання страхового випадку замінити Застраховану особу, повідомивши про це Страховика письмово.

Застрахована особа, яка визначена в Договорі страхування, може бути замінена Страхувальником на іншу особу лише за згодою Страховика. При цьому Страховик у разі збільшення страхового ризику має право вимагати доплати додаткового страхового внеску.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. При укладанні Договору страхування надати достовірну інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, в тому числі і про стан здоров'я Застрахованої особи, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. При зміні ступеня ризику протягом трьох робочих днів повідомити про це в письмовій формі Страховика для прийняття останнім рішення про подальшу дію Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування. Вся інформація надається в письмовому вигляді за підписом керівника Страхувальника (якщо Страхувальник є юридичною особою).

9.2.2. Повідомити Страховика про інші діючі Договори медичного страхування щодо осіб, які мають бути застраховані;

9.2.3. Надати Страховику права повного доступу до медичної документації Застрахованих осіб, якщо це передбачено Договором страхування;

9.2.4. Сплачувати страховий внесок у розмірі і в строки, що обумовлені Договором страхування.;

9.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами Договору страхування;

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

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

9.4. Якщо в період дії Договору Страхувальник втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що впливають з Договору страхування, переходять до правонаступника Страхувальника за згодою Страховика.

9.5. Страховик має право:

9.5.1. Вимагати від Страхувальника надання достовірної інформації, що необхідна для укладення Договору страхування. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, яка страхується, та за його результатами приймати рішення щодо прийняття її на страхування;

9.5.2. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку.

9.5.3. Відмовити у страховій виплаті, у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування;

9.5.4. При наявності сумнівів в підставах для виплати страхової суми відстрочити її до отримання підтвердження цих підстав, але строк відстрочки не повинен перевищувати три місяці.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

9.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається Договором страхування або законом;

9.6.4. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.7. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Застрахована особа має право:

9.7.1. на одержання медичних послуг відповідно до умов, зазначених в Договорі страхування, в медичних установах, перелік яких визначений у Договорі страхування;

9.7.2. вимагати від Страховика дотримання умов Договору страхування;

9.7.3. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичних послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання таких послуг;

9.7.4. на одержання дублікату страхового поліса (свідоцтва, сертифікату) у випадку його втрати.

9.8. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

9.8.1. дотримуватися розпорядження лікуючого лікаря і розпорядку, встановленого медичним закладом;

9.8.2. не передавати страховий поліс (свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за цим полісом (свідоцтвом, сертифікатом);

9.8.3. надати Страховику право повного доступу до будь-якої медичної інформації з приводу свого стану здоров'я в минулому та сьогоденні;

9.8.4. негайно, як тільки це можливо (але не більше ніж через 72 години), інформувати Страховика про такі події що наступили:

9.8.4.1. будь-яке стаціонарне лікування;

9.8.4.2. будь-яке хірургічне лікування;

9.8.4.3. лікування та/або обстеження в медичному закладі, що не зазначений в Договорі страхування;

9.8.4.4. втрата страхового полісу (свідоцтва, сертифікату), якщо такий був виданий при укладенні Договору страхування.

9.9. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків згідно Договору страхування.

9.10. Договором страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страховика, Страхувальника та Застрахованої особи.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа) для отримання медичної допомоги та медичних послуг повинна звернутися до медичного закладу або Асистуючої компанії з переліку, зазначеного у Договорі страхування, у строк та на умовах, зазначених у Договорі страхування.

10.2. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити наступні документи, якщо інше не передбачено Договором страхування:

10.2.1. оригінал Договору страхування (страхового поліса (свідоцтва, сертифікату));

10.2.2. документ, що посвідчує особу Застрахованої особи;

10.2.3. медичну картку, витяг з історії хвороби, довідку з медичного закладу за місцем проживання, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

10.3. У разі необхідності отримання Застрахованою особою медичної допомоги або медичних послуг в Медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, Страхувальник повинен повідомити про це Страховика або Асистуючу компанію протягом строку, зазначеного у Договорі страхування та узгодити обсяг та вартість медичної допомоги до моменту її отримання.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. В разі, якщо страхова виплата здійснюється шляхом оплати рахунків медичних, профілактичних, оздоровчих закладів та/або Асистуючої компанії та інших закладів перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати наступний:

а) виписка з історії хвороби або медична карта амбулаторного (стаціонарного) хворого із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, що призначались лікарями і були надані Застрахованій особі.

б) копія листка непрацездатності чи довідка медичного закладу, яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;

в) рахунок на оплату медичних послуг та медикаментів.

Договором про співпрацю між Страховиком та медичним (оздоровчим, профілактичним) закладом може бути передбачено інший перелік документів, на підставі яких здійснюється страхова виплата.

11.2. В разі, якщо страхова виплата здійснюється шляхом виплати грошових коштів Застрахованим особам (якщо Застрахована особа звернулась за отриманням медичних послуг, до медичного закладу з яким у Страховика або Асистуючої компанії відсутні договірні стосунки, після погодження із Страховиком, на умовах та у порядку, визначених у Договорі страхування) перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати наступний:

- а) письмова заява на страхову виплату (за формою, що встановлена Страховиком);
- б) оригінал або копія Договору страхування (Страхового полісу (свідоцтва, сертифікату));
- в) документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати;
- г) виписка з історії хвороби або медична карта амбулаторного (стаціонарного) хворого (із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, що призначались лікарями і були придбані Застрахованою особою за власний рахунок);
- д) копія листка непрацездатності чи довідка медичного закладу, яка підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу;
- е) квитанції медичного закладу про оплату медичних послуг;
- ж) фіскальні та товарні чеки з аптек про придбані медикаменти (із зазначенням назви медикаментів та їх вартості) та були придбані Застрахованою особою за власний рахунок;
- з) розрахункові документи (квитанції, фіскальні чеки, прибуткові касові ордери) щодо оплати Застрахованою особою медичної допомоги або медичних послуг, які передбачені умовами договору страхування та/або необхідність придбання (отримання) яких згідно з умовами Договору страхування підтверджена відповідними документами (направленнями, рецептами, випискою з призначеннями лікаря з історії хвороби або амбулаторної картки) Медичним закладом.
- з) інші документи, у разі необхідності, що підтверджують настання страхового випадку та передбачені Договором страхування.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ

12.1. Страховик зобов'язаний протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку прийняти рішення про

страхову виплату чи відмову у страховій виплаті, якщо інший строк не передбачено договором страхування або договором про співпрацю між Страховиком та медичними (профілактичними, оздоровчими) закладами або асистуючою компанією. Таке рішення приймається у вигляді складання страхового акту.

12.2. Виплата страхового відшкодування здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів, після прийняття Страховиком відповідного рішення, якщо інший строк не передбачено договором страхування або договором про співпрацю між Страховиком та медичними (профілактичними, оздоровчими) закладами або асистуючою компанією.

12.3. При відмові у страховій виплаті, Страховик письмово повідомляє Страхувальнику (Застрахованій особі) з обґрунтуванням причини відмови протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття відповідного рішення.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Страхова виплата здійснюється шляхом:

13.1.1. оплати медичному, профілактичному, оздоровчому закладу вартості наданої ним Застрахованій особі медичної та іншої допомоги, передбаченої Програмами, зазначеними у Договорі страхування;

13.1.2. оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги, у разі її звернення до медичного закладу, що не має договірних відносин зі Страховиком, після погодження із Страховиком, на умовах та у порядку, визначених у Договорі страхування.

13.2. Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у договорі про співпрацю між Страховиком та медичним закладом.

13.3. Порядок та строки здійснення оплати рахунків медичного закладу обумовлені в договорі про співпрацю між Страховиком та цим медичним закладом.

13.4. Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками, що мали місце під час дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, що вказана в Договорі страхування для цієї Застрахованої особи.

13.5. Страховик має право відмовити у страховій виплаті, у випадках, передбачених цими Правилами та Договором страхування, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

13.5.1. не надав всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

13.5.2. надав Страховику свідомо неправдиві відомості про предмет Договору страхування;

13.5.3. несвочасно повідомив Страховика про настання страхового випадку без поважних

на це причин, якщо інше не передбачено Договором страхування;

13.5.4. вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

13.5.5. вчинив навмисні дії спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.5.6. в інших випадках, передбачених чинним законом України.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання письмової згоди.

14.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона - ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 5 (п'ять) календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються у формі додаткової угоди до Договору страхування.

14.4. Якщо будь-яка з Сторін незгодна на внесення змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність 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 страхового платежу у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 робочих днів із 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 Законом України

"Про страхування";

15.1.5. ліквідації Страховика в 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.

15.3. 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.

15.4. У разі дострокового припинення дії Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.6. При достроковому припиненні Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

15.7. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.8. Остаточний розрахунок між Сторонами, у разі дострокового припинення дії Договору, здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником страхових подій (здійснення страхових виплат або прийняття рішень про відмову у виплаті).

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. **Спори** за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

16.2. **Спори між** Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру страхового випадку та розміру страхових виплат вирішуються Сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг Стороною, яка є ініціатором залучення експерта.

16.3. При неможливості урегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому

порядку, згідно з діючим законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом 3 (трьох) робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, що були представлені Страховику при укладенні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

17.2. В разі отримання інформації про обставини, що стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або/та сплати додаткового страхового внеску відповідно до збільшення ризику.

17.3. У випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно п. 15.7. цих Правил.

17.4. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично виплачених страхових сум (їх частин), до виплати яких призвели ці дії.

17.5. Ці Правила страхування регулюють загальний порядок укладання, виконання, зміни та припинення Договорів добровільного медичного страхування. Договором добровільного медичного страхування, укладеним на підставі цих Правил страхування, можуть бути передбачені доповнення, застереження та особливі умови, що не суперечать цим Правилам страхування та чинному законодавству України.

17.6. Права та (або) обов'язки 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.

Додаток № 1
до Правил добровільного медичного
страхування (безперервного страху-
вання здоров'я) (нова редакція)
від 26 грудня 2008 р.

Страхові тарифи
(% від страхової суми)

Кількість застрахова- них	Опція 1	Опція 2	Опція 3	Опція 4	Опція 5	Опція 6
1-50	9,0	10,5	4,0	2,2	19,5	2,0
51-100	8,2	8,8	3,8,	2,0	17,0	1,8
101-500	7,83	7,9	3,5	1,8	15,7	1,6
501-1000	7,6	7,58	3,3	1,6	15,2	1,4
1001-5000	7,52	7,4	3,1	1,4	14,9	1,2
5001-10000	7,45	7,33	3,0	1,3	14,8	1,0
10001-20000	7,2	7,0	2,9	1,2	14,2	0,9
Більш ніж 20000	7,0	6,6	2,8	1,0	13,6	0,8

Кількість застрахова- них	Опція 7	Опція 8	Опція 9	Опція 10	Опція 11	Опція 12	Опція 13
1-50	7,8	9,0	3,9	7,0	5,3	3,9	4,0
51-100	6,8	8,2	3,4	5,9	4,4	3,4	3,8,
101-500	6,3	7,83	3,1	5,3	4,0	3,1	3,5
501-1000	6,1	7,6	3,0	5,1	3,8	3,0	3,3
1001-5000	6,0	7,52	2,9	4,9	3,7	2,9	3,1
5001-10000	5,9	7,45	2,8	4,9	3,6	2,8	3, 0
10001-20000	5,7	7,2	2,7	4,7	3,5	2,7	2,9
Більш ніж 20000	5,4	7,0	2,5	4,4	3,3	2,5	2,8

За Договором страхування, укладеним на строк менше 1 року, розмір страхового внеску визначається як добуток річного страхового внеску на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці №1, в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця № 1

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування

Строк дії Договору страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
частина річного платежу	0,15	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,85	0,9	0,95	1

У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий внесок сплачується як за повний місяць. Норматив витрат на ведення справ становить до 45%.

В залежності від конкретних умов Договору страхування до страхових тарифів може бути застосовано коригувальні коефіцієнти від 0,001 до 7.

Розрахунок страхових тарифів виконав актуарій



С.Г. Топольська

(Диплом № 003 від 17.09.1999 р.)

Державна комісія з регулювання ринків
фінансових деривативів

Член *Капелюх*
Директор департаменту *Капелюх*

Підпис _____

Дата 08.04.2009

Україна
Товариство з обмеженою відповідальністю
«ВІСБ
Страхування»
Ідентифікаційний код 35429075

Директор _____

Д.В. Радіонов

Прочито, пронумеровано
та скріплено печаткою
22 аркуш (ів)