

«Затверджено»
Протоколом засідання Правління
ПрАТ «Страхова компанія
«САЛАМАНДРА-УКРАЇНА»
№4 від «20» листопада 2017 року
Голова Правління
Павлюченко Т.В.

НАЦІОНАЛЬНА КОМПІЯ ЦІО ЗАДАНОКОВ
ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Член Національного банку
О. Максимчук

Підпис: О. Максимчук

Прізвище, ім'я та прізвище

0 3 1 7 3 3 6

Дата: 19.12.2017

Регістраційний номер



П Р А В И Л А

добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

ПОЛТАВА – 2017р.

З М І С Т

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ.....	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ	5
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	5
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ.....	7
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.....	8
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	10
9. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ	10
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	11
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ	15
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	16
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.....	16
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	17
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	17
Додаток №1. СТРАХОВІ ТАРИФИ	18

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Асистуюча компанія - юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і провадить організацію і контроль щодо надання медичних та інших послуг Застрахованій особі в межах чинного законодавства. Вона оплачує надання таких послуг з відповідною компенсацією з боку Страховика.

Вигодонабувач - фізична (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності) або юридична особа, яка визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у Договорі страхування як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Страхувальник має право замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Якщо Вигодонабувач не зазначений у Договорі страхування, страхову виплату у разі смерті Застрахованої особи отримують спадкоємці Застрахованої особи за законом, заповітом або спадковим договором.

Гостре захворювання - раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.

Довірений лікар Страховика - особа, дипломована у встановленому чинним законодавством України порядку, яка перебуває в трудових відносинах з медичним закладом, в якому Застрахована особа може одержувати медичну допомогу відповідно до Договору страхування.

Договір добровільного медичного страхування (поліс) - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, на підставі якої Страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку оплатити медичні та інші послуги Застрахованій особі в рамках обраної нею Програми страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Екстрена госпіталізація - надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю і потребує невідкладного стаціонарного лікування.

Загострення хронічної хвороби (рецидив) - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до відновлення працездатності (визначається лікарем).

Застрахована особа - фізична особа, майнові інтереси якої, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю, є предметом Договору страхування, та на користь якої Страхувальником укладений зі Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Лікар-координатор - представник Страховика, який організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі.

Ліміт відповідальності Страховика - граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою сторін може встановлюватись по окремому страховому ризику/випадку або за окремими Програмами медичного страхування.

Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомогу особам з травмами, гострими захворюваннями та загостреннями хронічних хвороб і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також надання медикаментів і медичних матеріалів, необхідних для лікування Застрахованих осіб.

Медичний заклад - заклад державної системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), який згідно з чинним законодавством України має відповідну ліцензію на здійснення медичної діяльності і надає медичні послуги Застрахованим особам на підставі Договору співпраці зі Страховиком або з Асистуючою компанією.

Планова госпіталізацій - надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

Програма добровільного медичного страхування - перелік лікувальних, консультаційних, профілактичних, реабілітаційних та інших послуг (у т.ч. медико-транспортних), що надаються Застрахованій особі згідно з Договором страхування, вартість яких відшкодовується Страховиком.

Розлад здоров'я - гостре захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового медичного втручання (операції), травма, отруєння, що потребують надання медичної допомоги.

Страховик - ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «САЛАМАНДРА-УКРАЇНА», яке укладає Договір (договори) добровільного медичного страхування.

Страховальники - фізичні особи (в тому числі суб'єкти підприємницької діяльності фізичні особи-підприємці) та/або юридичні особи, незалежно від форм власності, резиденти та нерезиденти України, які укладають зі Страховиком Договори добровільного медичного страхування.

Страховий ризик - певна подія, на випадок якої провадиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

Страховий випадок - передбачувана Договором страхування подія, яка мала місце під час дії Договору страхування, не підпадає під виключення або обмеження страхування, передбачені чинним законодавством та/або умовами Договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страховальнику (Застрахованій особі, Асистуючій компанії, Вигодонабувачу).

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку.

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

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

Страхова виплата - грошова сума, в межах встановленої Договором страхування страхової суми, яку Страховик відповідно до умов Договору страхування повинен виплатити Страховальнику (Застрахованій особі, Асистуючій компанії, Вигодонабувачу) у разі настання страхового випадку.

Франшиза - передбачена Договором страхування частина збитків, яка в разі настання страхового випадку Страховиком не відшкодовується.

Хронічна хвороба - хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та / або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1 ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «САЛАМАНДРА-УКРАЇНА» (надалі - *Страховик*) діє відповідно до Цивільного Кодексу України, Закону України «Про страхування» та інших актів чинного законодавства України.

1.2. Для забезпечення виконання своїх зобов'язань за Договорами добровільного медичного страхування Страховик укладає договори з Асистуючою компанією, медичними закладами та іншими установами про надання Застрахованій особі лікувально-профілактичних, консультативно-діагностичних, медико-транспортних та інших послуг, передбачених Договорами добровільного

медичного страхування.

1.3. За цими Правилами укладаються Договори страхування з дієздатними особами, які є громадянами України, іноземними громадянами, особами без громадянства або юридичними особами будь-якої організаційно-правової форми, резидентами та нерезидентами України, які зареєстровані і діють відповідно до законодавства України (надалі **Страховальники**), згідно з якими Страховик гарантує організацію і фінансування медичних та інших послуг за переліком, передбаченим Договором страхування та /або відповідною Програмою добровільного медичного страхування.

1.4. **Застрахованими особами** за цими Правилами можуть бути фізичні особи віком від 3 до 60 років незалежно від країни громадянства, які на період строку дії Договору страхування проживатимуть на території України, на користь яких укладено Договір страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВІ ВИПАДКИ

3.1. **Страховим ризиком** за цими Правилами є гостре захворювання, загострення хронічного захворювання, отруєння, травматичне ушкодження чи інші наслідки нещасного випадку, що потребують надання медичних та інших послуг при амбулаторному лікуванні, при стаціонарному лікуванні, надання медичних та інших послуг у формі стаціонарної і амбулаторно-поліклінічної допомоги, надання медичних, реабілітаційних та інших послуг при санаторно-курортному лікуванні, надання стоматологічного обслуговування, невідкладної медичної допомоги, оздоровчих та інших послуг, передбачених Договором страхування.

3.2. **Страховим випадком** визнається звернення Застрахованої особи в період дії Договору страхування до Асистуючої компанії або медичного закладу, передбаченого Договором страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отруєння, отриманої травми, інших наслідків нещасних випадків, що призвели до розладу здоров'я Застрахованої особи, за отриманням медичної допомоги в межах переліку, передбаченого Програмою добровільного медичного страхування, вказаною у Договорі страхування.

3.3. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування (надалі - Програми):

Програма "А" - "Амбулаторно-поліклінічна допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару;

Програма "В" - "Стаціонарна допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях;

Програма "С" - "Швидка медична допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загально-профільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

Програма "О" - "Педіатрична допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 16 років на умовах обраної програми страхування (А,В,С).

3.4. Якщо Договором страхування передбачається надання медичних послуг за участі Асистуючої компанії, її реквізити вказуються у Договорі страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо інше не передбачено Договором страхування Застрахованими за цими Правилами не можуть бути:

- недієздатні особи;

- особи віком понад 60 років;
- інваліди 1 -ої та 2-ої груп;
- особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;
- ВІЛ- інфіковані, якщо інше не передбачено Договором страхування;
- хворі на СНІД, якщо інше не передбачено Договором страхування;
- онкологічно хворі, у тому числі з захворюваннями крові, якщо інше не передбачено Договором страхування;
- хворі на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи;
- госпіталізовані на дату початку дії Договору страхування;
- особи з новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності Договором страхування.

4.2. Якщо в Договорі страхування не зазначено інше, Страховик не відшкодовує витрати на лікування таких захворювань:

- дерматологічні захворювання;
- психічні захворювання;
- гематологічні захворювання, крім гострої післягеморагічної анемії;
- ендокринні захворювання;
- онкологічні захворювання;
- туберкульоз, незалежно від локалізації;
- венеричні захворювання та захворювання, що передаються статевим шляхом;
- захворювання на СНІД та його наслідки;
- ВІЛ-інфекції;
- вроджені вади та дефекти;
- професійні захворювання;
- променеві ураження;
- системні захворювання сполучної тканини та їх загострення - колагенози, ревматизм, хвороба Бехтерева, артропатії, саркоїдоз, муковісцедоз та ін.;
- захворювання в стадії декомпенсації - ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотніми.
- повільно прогресуючі захворювання нервової системи- розсіяний склероз, мієлопатія, міастенія, менінгоенцефаліт, арахноїдіт, дисциркуляторна енцефалопатія;
- грибкові захворювання;
- вірусні гепатити, за винятком гострої форми вірусного гепатиту А;
- особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера, тиф, лепра, сибірка, жовта лихоманка та ін.);
- захворювання, що виникли у зв'язку з навмисним заподіянням самою собі Застрахованою особою тілесних ушкоджень, замахом на самогубство або нанесенням тілесних ушкоджень Страхувальником Застрахованій особі;
- хронічні хвороби, крім випадків їх загострення;
- захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

4.3. Якщо інше не передбачено Договором страхування Страховик не відшкодовує витрат, пов'язаних з одержанням Застрахованою особою таких медичних послуг:

- оперативне лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин, порушень зору;
- лікування захворювань, що потребують проведення аорто-коронарного шунтування та стентування;
- лікування хронічної ниркової недостатності, що включає проведення гемодіалізу;
- лікування алергологічних захворювань методами гемосорбції та плазмофорезу;
- лікування порушень мови;

- лікарське обстеження, якщо немає ніякого погіршення стану здоров'я, включаючи медкомісії водіїв, допризовників та призовників, для отримання дозволу на придбання зброї тощо;
- лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі;
- лікування процедурами та препаратами, що запобігають заплідненню;
- корекція ваги та хірургічне лікування ожиріння;
- косметичні та пластичні операції (крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією внаслідок нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування), операції за бажанням (не за медичними показниками);
- лікування нетрадиційними методами (гомеопатія, герудотерапія, аромотерапія, гіпноз, іридіодіагностика, психоаналіз, біоенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками тощо);
- експериментальне або науково-дослідне лікування;
- профілактичне лікування;
- проведення штучного переривання вагітності (не за медичними показниками);
- лікування та діагностика, необхідність яких пов'язана з вагітністю та пологами та їх ускладненнями (окрім спеціальних програм добровільного медичного страхування);
- придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів;
- придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей, корсетів, милиць, інвалідних візочків.

4.4. Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік захворювань, у зв'язку з якими звернення Застрахованої особи до медичного закладу за отриманням медичної допомоги не буде вважатись страховим випадком.

4.5. Страховик не відшкодовує витрат на:

- діагностичні та лікувальні заходи, які не були узгоджені зі Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги) та заходи, не передбачені обраною Програмою Добровільного медичного страхування;
- лікування захворювань та травм, які настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин;
- лікування при порушенні Застрахованою особою режиму лікувального закладу та невиконанні призначень і рекомендацій лікаря;
- застосування медичних послуг та придбання ліків, не призначених лікарем.

4.6. Страховик не оплачує лікування захворювань та травм, що безпосередньо пов'язані з військовими діями, масовими заворушеннями та порушеннями правопорядку.

4.7. Страховик не відшкодовує витрат щодо надання медичних послуг у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладення Договору страхування, що є наслідком самолікування (тобто вживання ліків без призначення лікаря), а також витрат з приводу будь-яких операцій чи лікування, не завершених до початку дії Договору страхування.

У випадку первинного виявлення хвороб, лікування яких не покривається цими Правилами (обраною Програмою страхування), Страховик сплачує вартість тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

4.8. Окремі виключення із числа перелічених у п.п. 4.1. - 4.4. цих Правил можуть бути скасовані за особливих умов, передбачених Договором страхування.

4.9. У Договір страхування можуть бути внесені додаткові обмеження за результатами попереднього обстеження або анкетування Застрахованої особи.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

5.1. Розмір страхової суми визначається за узгодженням Сторін залежно від обраної Програми страхування і вартості окремих медичних та інших послуг, передбачених цією Програмою, на момент укладення Договору страхування в регіоні страхування.

5.2. Погоджений Сторонами розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.

5.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремими Програмами страхування, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором страхування медичної допомоги.

5.4. Розмір страхової суми (ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування) може бути змінено за узгодженням Сторін до настання страхового випадку.

Таблиця №1 Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії Договору страхування

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,093	0,185	0,275	0,363	0,45	0,535	0,618	0,700	0,780	0,858	0,935	1.0

У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страховий платіж сплачується як за повний місяць.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.

6.1. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (мотивованого звернення за медичною допомогою, факту захворювання або втрати працездатності в результаті нещасного випадку) з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих у рамках обраної Програми страхування на момент укладання Договору страхування, кількості Застрахованих осіб, переліку страхових випадків і т. ін..

6.2. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладенні Договорів страхування на підставі цих Правил, наведені в Додатках до цих Правил.

6.3. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж як плату за страхування.

6.4. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі страхування згідно з умовами п. 6.1. цих Правил.

6.5. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

6.6. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.7. Зазначений в Договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються Договором страхування.

6.8. У разі сплати страхового платежу (або його частини) в строки, зазначені в Договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за Договором страхування пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого страхового платежу (його частини) за Договором страхування, та відповідно у разі настання страхового випадку буде зменшуватись розмір страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

страхування. Заява повинна містити усі необхідні відомості про предмет Договору, що заявляється на страхування, і бути підписана Страхувальником.

7.2. У заяві фізичної особи, зокрема, має вказуватись: П.І.Б. особи, на яку поширюється страховий захист, стать, рік її народження, домашня адреса та телефон, обрана із запропонованих Страховиком Програма добровільного медичного страхування, страхова сума, строк дії Договору страхування.

7.3. У заяві юридичних осіб має зазначатись: найменування Страхувальника, юридична адреса та банківські реквізити. До заяви додається список осіб, на яких буде поширюватися страховий захист, із зазначенням таких даних: прізвища, ім'я та по батькові, статі, року народження, домашньої адреси та телефону, відношення до Страхувальника (працівник, член родини працівника), обраної Страховиком Програми добровільного медичного страхування, страхової суми та строків дії Договору страхування для кожної Застрахованої особи, завірені підписом керівника та печаткою Страхувальника. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

7.4. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти Договір страхування. Однак, якщо Договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмета Договору страхування, які були наведені в заяві на страхування, формують основні дані укладеного Договору. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

7.5. Страховик має право провести медичний огляд особи перед укладенням з нею Договору страхування з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику або вимагати надання інформації про стан її здоров'я, за формою, визначеною Страховиком.

7.6. Рішення про прийняття на страхування або відмову Страховик приймає у 5- денний термін після одержання заяви.

7.7. Факт укладення договору може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування:

7.7.1. Якщо фізична особа страхується індивідуально, то їй видається один примірник Договору страхування (страхового поліса).

7.7.2. Якщо Страхувальником є юридична особа, то йому видається один примірник Договору страхування, а кожній Застрахованій особі (згідно зі списком) - страховий поліс.

7.8. Договір страхування і страхові поліси видаються Страхувальнику впродовж трьох робочих днів після одержання Страховиком страхового платежу (першої частини платежу), якщо інше не передбачене Договором страхування.

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

7.10. Дія Договору страхування закінчується о 24-00 годині дати, визначеної в Договорі страхування як дата закінчення дії Договору страхування.

7.11. Дія Договору страхування припиняється та Договір страхування втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

7.11.1. закінчення строку дії Договору страхування;

7.11.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

7.11.3. несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

7.11.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника- фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування».

7.11.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

7.11.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

7.11.7. в інших випадках, передбачених законодавством України або умовами Договору страхування.

7.12. Дію Договору страхування також може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше, ніж за тридцять днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

7.13. У разі дострокового припинення дії Договору страхування 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, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

7.14. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

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

7.15. У випадку дострокового припинення дії Договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

7.16. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові документи, які дають право на одержання медичної допомоги.

7.17. У Договорі страхування за погодженням Сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування укладається на один рік або інший сірок, узгоджений Сторонами. Дати початку та закінчення дії Договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

8.2. Фактом укладення Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) звільняє лікарів медичних установ від зобов'язання конфіденційності перед Страховиком у відношенні до страхового випадку.

8.3. Місце дії Договору страхування визначається при його укладенні і вказується в ньому.

8.4. Якщо інше не передбачено в Договорі страхування, місцем дії Договору страхування є Україна.

9. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

9.1. Зміни умов Договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, місця (території) страхування тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування або переукладення Договору страхування.

9.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною Договору страхування і складається у кількості примірників Договору страхування.

9.3. Зміною ступеня ризику вважається будь-яка зміна даних та/або обставин, які зазначені Страхувальником в заяві на страхування, що можуть суттєво вплинути на зміну страхового ризику.

9.4. Впродовж строку дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачений Договором страхування), повідомити Страховика про всі істотні зміни ступеня ризику.

9.5. Страхувальник не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що підвищують

ступінь страхового ризику без узгодження зі Страховиком.

9.6. У разі надходження повідомлення Страхувальника про зміну ступеня ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення про внесення змін в Договір страхування або про дострокове припинення його дії, якщо це передбачено Договором страхування.

9.7. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін в Договір страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі зміни ступеня страхового ризику Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додатковий страховий платіж протягом 10 (десяти) календарних днів (якщо інше не передбачено умовами Договору страхування) з дати отримання вимоги Страховика про оплату додаткового платежу, Договір страхування достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування відповідно до п. 7.14 цих Правил.

9.8. Якщо ступінь ризику підвищиться, а Страхувальник не сповістить про це Страховика у строк, визначений цими Правилами та/або Договором страхування, і таке підвищення ступеня ризику призведе до настання страхового випадку або збільшення розміру збитку, то, якщо це передбачено умовами Договору страхування, Страховик має право відмовити у страховій виплаті по такому страховому випадку або відповідно зменшити розмір страхової виплати.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов Договору страхування.

10.2. Страхувальник має право:

10.2.1. Укласти зі Страховиком Договір свого особистого страхування та/або Договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

10.2.2. Призначити в Договорі страхування фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.2.3. На зміну умов Договору страхування та на дострокове припинення дії Договору страхування на умовах, передбачених Договором страхування.

10.2.4. У випадку втрати Договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

10.2.5. Отримати медичні послуги при настанні страхового випадку на умовах Договору страхування.

10.2.6. Вимагати надання Застрахованим особам медичних послуг, передбачених Договором страхування, на відповідному якісному рівні.

10.2.7. Контролювати обсяг та якість медичної допомоги, що надається Застрахованим особам медичними закладами згідно з умовами Договору страхування.

10.2.8. Повідомляти Страховика про випадки ненадання медичних послуг, неповного їх надання та випадки некоректної поведінки медичних працівників.

10.2.9. Включати до списку Застрахованих осіб працівників (штатних і позаштатних) своєї установи (організації, підприємства), а також членів їх сімей.

10.2.10. Вносити зміни до списку Застрахованих осіб, уклавши додаткову угоду до діючого Договору.

10.2.11. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті.

10.3. Страхувальник зобов'язаний:

10.3.1. При укладенні Договору страхування надати Страховику всю необхідну достовірну інформацію, яка має суттєве значення для оцінки страхового ризику та укладення Договору.

10.3.2. Повідомляти Страховика про всі Договори страхування щодо цього предмета Договору страхування, які укладені раніше, а також, якщо це передбачено Договором страхування, й про ті, що укладаються.

10.3.3. Вчасно сплачувати страхові платежі в розмірі і порядку, що обумовлені Договором

страхування. При настанні страхового випадку та сплаті страхових платежів частинами, якщо це передбачено умовами Договору страхування, сплатити залишок страхового платежу.

10.3.4. При зміні ступеня ризику або інших істотних обставин щодо предмета договору страхування, при виявленні будь-яких обставин, що призвели чи можуть призвести до настання страхового випадку, протягом 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не обумовлено Договором страхування, письмово сповістити про них Страховика.

10.3.5. Вживати усіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком, з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком, а також, якщо це передбачено умовами Договору страхування, для запобігання збільшення ступеня ризику.

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

10.3.7. Якщо умовами Договору страхування передбачено:

10.3.7.1. Поінформувати Застраховану особу про умови Договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

10.3.7.2. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком, діяти відповідно до Договору страхування.

10.3.7.3. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

10.3.7.4. Повернути страхову виплату, що вже отримана Страхувальником, при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами та/або Договором страхування, що позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або Договором страхування.

10.4. Застрахована особа має право:

10.4.1. Здійснювати права Страхувальника, перелічені в пункті 10.2 цих Правил.

10.4.2. Обрати будь-який медичний заклад із числа вказаних у Договорі страхування/ визначених Асистуючою компанією та лікуючого лікаря із числа залучених для здійснення Програми медичного страхування і змінювати їх не частіше одного разу на квартал, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.4.3. Частину вартості отриманих медичних послуг сплачувати самостійно на умовах, передбачених Договором страхування.

10.4.4. Вимагати від Страховика роз'яснень щодо порядку оплати медичних послуг та інших питань в межах Договору страхування.

10.4.5. Виконувати обов'язки Страхувальника, а також набути усі його права у разі смерті Страхувальника-фізичної особи, ліквідації Страхувальника-юридичної особи в порядку, передбаченому чинним законодавством України, а також за згодою Страхувальника та Страховика.

10.5. Застрахована особа зобов'язана:

10.5.1. Свідомо не створювати ризику втрати чи нанесення шкоди своєму здоров'ю.

10.5.2. Виконувати приписи лікуючого лікаря, що одержані протягом надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування, та додержуватись розпорядку, встановленому медичним закладом.

10.5.3. Забезпечити збереження Договору страхування і не передавати його іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

10.5.4. На вимогу Страховика надати йому відповідну інформацію про стан свого здоров'я перед укладенням Договору страхування, а при необхідності, на вимогу Страховика, пройти медичне обстеження та надати Страховику його результати.

10.5.5. Протягом доби повідомити Страховика у разі відмови в наданні медичної допомоги медичним закладом, обумовленим Договором страхування, та про випадки некоректної поведінки медичних працівників.

10.5.6. У разі втрати Договору страхування не пізніше двох робочих днів з моменту втрати

Договору сповістити про це Страховика.

10.6. Страховик має право:

10.6.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника в частині, що стосується Договору страхування у будь-який момент строку його дії.

10.6.2. Вимагати надання Застрахованою особою інформації про здоров'я та проведення медичного огляду Застрахованої особи перед укладенням Договору страхування та/або протягом його дії.

10.6.3. Відмовити у прийнятті на страхування особи на підставі даних анкети про стан здоров'я, проведеного обстеження або на підставі відмови такої особи проходити медичне обстеження.

10.6.4. Під час укладення Договору страхування застосовувати додаткові обмеження відповідальності у вигляді франшизи та/або ліміту відповідальності.

10.6.5. На зміну умов Договору страхування та на дострокове припинення дії Договору страхування на умовах, передбачених Договором страхування.

10.6.6. У випадку підвищення ступеня ризику щодо предмета страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни до Договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити дію Договору страхування після відмови Страхувальника у сплаті додаткового страхового платежу на умовах, передбачених Договором страхування.

10.6.7. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхової виплати.

10.6.8. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт та причини настання страхового випадку.

10.6.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити її виплату у випадках, передбачених умовами Договору страхування.

10.6.10. Вимагати повернення страхової виплати, що вже здійснена Страхувальнику при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих Правил та/або Договором страхування.

10.6.11. Вимагати визнання Договору страхування недійсним, якщо це передбачено умовами Договору страхування, відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник не виконав своїх обов'язків за Договором страхування, надав фальсифіковані документи, невірну інформацію та приховав відомості або заподіяв навмисні дії з метою збільшення збитку, або необґрунтованого збільшення розміру страхової виплати.

10.6.12. При встановленні факту передачі Застрахованою особою Договору страхування іншій особі з метою одержання нею медичних послуг - достроково припинити дію Договору страхування по відношенню до цієї Застрахованої особи, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.7. Страховик зобов'язаний:

10.7.1. Ознайомити Страхувальника з Правилами та Програмами страхування.

10.7.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Застрахованій особі (Страхувальнику) або медичному закладу.

10.7.3. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти зі Страхувальником Договір страхування.

10.7.4. При одержанні повідомлення від Страхувальника про збільшення ступеня ризику або зміну інших суттєвих обставин щодо предмета Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів внести зміни до Договору страхування або припинити його дію, письмово сповістивши про це Страхувальника, у порядку, передбаченому цими Правилами, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.7.5. Не розголошувати дані про стан здоров'я Застрахованих осіб, що стали йому відомі у зв'язку з укладенням Договору страхування.

10.7.6. Організувати надання медичних послуг Застрахованим особам згідно з обраною Страхувальником Програмою добровільного медичного страхування.

10.7.7. Контролювати обсяг та своєчасність надання медичних послуг відповідно до умов Договору страхування.

10.7.8. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.

10.7.9. У випадку відмови у страховій виплаті письмово, впродовж 10 календарних днів після прийняття відповідного рішення, сповістити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови.

10.7.10. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище за винятком випадків, встановлених законом.

10.7.11. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, якщо він підписав Договір страхування) та/або Страховика.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа (Страхувальник) для одержання медичних та інших послуг зобов'язана:

11.1.1. Не пізніше 24 годин з моменту настання страхового випадку звернутися до уповноваженої Асистуючої компанії, визначеної у Договорі страхування, або уповноваженої особи медичного закладу, передбаченого Договором страхування за вказаними в ньому телефонами. При цьому треба повідомити: причину звернення, номер страхового полісу, прізвище та ім'я. Далі - діяти за вказівкою лікаря-координатора. Договором страхування може бути передбачено інший порядок повідомлення про настання страхового випадку.

11.1.2. Виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків.

11.1.3. Не пізніше 48 годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, інформувати Страховика або його представника про факт та обставини страхового випадку, отримати та виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

Якщо таке повідомлення було здійснено по телефону, - Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач повинен протягом 72 годин з моменту його здійснення підтвердити таке повідомлення письмово.

У випадку, коли з об'єктивних причин неможливо було повідомити про настання страхового випадку у визначений Договором страхування строк, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний повідомити Страховика протягом 48 годин, як тільки в нього з'явиться можливість це зробити, якщо інше не передбачено Договором страхування.

11.1.4. Надати Страховику або його представникам можливість проводити розслідування обставин та причин страхового випадку та встановити розмір страхової виплати, брати участь у заходах щодо зменшення збитку.

11.1.5. Повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір.

11.1.6. Повідомити Страховика протягом 48 годин, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього

було повідомлено тільки про втрату працездатності або розлад здоров'я.

11.1.7. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку.

11.2. У разі необхідності отримання медичної допомоги в медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика/ Асистуючу компанію протягом строку, визначеного у Договорі страхування, і узгодити обсяг та вартість необхідної медичної допомоги до моменту її отримання.

11.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника при настанні страхового випадку, інший порядок звернення за медичною допомогою.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКУ

12.2. Страхова виплата здійснюється у разі настання страхового випадку на підставі заяви Застрахованої особи (Страхувальника) і страхового акту, складеного Страховиком, шляхом оплати вартості медичних послуг, передбачених Договором та Програмою страхування.

12.3. Отримувачем страхової виплати можуть бути медичний заклад, аптека, інша установа або заклад, передбачені Договором страхування, Асистуюча компанія або Застрахована особа (Страхувальник).

12.4. Страхова виплата медичному закладу, аптеці, іншій установі або закладу, Асистуючій компанії здійснюється у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та медичним закладом, аптекою, іншою установою або закладом, Асистуючою компанією.

12.5. Оплата вартості медичних послуг, передбачених Договором та Програмою страхування, здійснюється на підставі рахунку медичного закладу із зазначенням діагнозу, переліку фактично наданих медичних послуг і їх вартості, загальної суми витрат на всі медичні послуги, надані Застрахованій особі (Застрахованим особам - кожній окремо), строків лікування, витягу з історії хвороби та/або з амбулаторної карти, завіреного печаткою медичного закладу та підписом відповідальних осіб (на вимогу Страховика).

12.6. Страховик здійснює страхову виплату аптеці за надані медикаменти та витратні матеріали, призначені лікарем, на підставі копій рецептів або замовлень, накладних та рахунків аптеки за відпущені медикаменти та витратні матеріали.

12.7. Страхові виплати іншій установі або закладу здійснюються на підставі документів, що підтверджують надані ними послуги та їх вартість.

12.8. Розмір страхової виплати дорівнює вартості медичних та інших послуг та/або медикаментів передбачених Програмою добровільного медичного страхування, але не більше страхової суми, встановленої Договором страхування та/або ліміту відповідальності по конкретній медичній послугі, окремому захворюванню.

12.9. Страхова виплата здійснюється тільки після перевірки всіх наданих Страховику документів, що підтверджують настання страхового випадку. У деяких випадках можливе проведення медичного обстеження Застрахованої особи довіреним лікарем Страховика.

12.10. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках Програми страхування - частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

12.11. Якщо (у разі настання страхового випадку) Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість отриманих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика рецептами, для отримання нею відшкодування у розмірі понесених витрат у межах страхової суми вона (Застрахована особа/Страхувальник або, у разі смерті Застрахованої особи, призначений нею Вигодонабувач) повинна звернутись до Страховика із заявою щодо страхової виплати.

До заяви мають бути додані такі документи:

- а) Договір страхування (страховий поліс);
- б) копія направлення лікуючого лікаря на отримання медичних та інших послуг, що передбачені Програмою добровільного медичного страхування, а у випадку госпіталізації - копії документів, що свідчать про необхідність госпіталізації;
- в) лікарський висновок про встановлення відповідного діагнозу на фірмовому бланку, завірений особистою печаткою лікаря та печаткою лікувального закладу;
- г) документи, що підтверджують надання Застрахованій особі відповідних послуг (висновки щодо проведених обстежень або лікування, виписку із історії хвороби, результати обстеження, амбулаторну карту і т.ін.);
- д) інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.

Документи на здійснення страхової виплати повинні бути надані Страховику протягом 10 календарних днів після сплати особисто Застрахованою особою (Страхувальником) вартості медичних послуг або медикаментів. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, документи подаються як тільки це стане можливим, з обґрунтуванням причин затримки.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРОХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати приймається не більше ніж 20 робочих днів від дати подання необхідних документів Застрахованою особою.

13.2. Страхова виплата здійснюється протягом 20 робочих днів з дня прийняття позитивного рішення щодо такої виплати.

13.3. За порушення термінів страхової виплати, передбачених п. 13.2. цих Правил, Страховик сплачує пеню в розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла на день укладення Договору страхування, від суми заборгованості за кожен день прострочення платежу' або у розмірі передбаченому законом.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Причинами для відмови Страховика у страховій виплаті (повністю або частково) є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин) або Вигодонабувача, 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 та вищезгаданих осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.1. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

14.1.2. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у з'ясуванні обставин настання страхового випадку, у визначенні характеру та розміру збитків.

14.2. Для відмови Страховика у страховій виплаті, якщо це передбачено умовами Договору страхування, можуть бути також такі підстави:

14.2.1. подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування, ступінь страхового ризику, факт настання страхового випадку або приховування таких відомостей;

14.2.2. шахрайство або інші дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин), направлені на отримання незаконної вигоди від страхування;

14.2.3. одержання Застрахованою особою медичних послуг, не передбачених Договором страхування або Програмою страхування;

14.2.4. невідповідність обсягу або вартості медичних послуг Договору страхування або Програмі страхування;

14.2.5. одержання медичних послуг Застрахованою особою без узгодження зі Страховиком в умовах або медичних закладах, що не передбачені Договором страхування;

14.2.6. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про підвищення ступеня ризику;

14.2.7. ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, зазначених у Договорі страхування;

14.2.8. невиконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) будь-якого із зобов'язань, що вказані у Договорі страхування, у тому числі рекомендацій лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи.

14.2.9. Страховик може прийняти рішення про відмову у страховій виплаті відповідно до п.4.2,4.3. та 4.5 цих Правил, якщо це передбачено Договором страхування;

14.2.10. інші випадки, передбачені законом.

14.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать закону.

14.4. Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик приймає у строк не більше 10 робочих днів з дня одержання всіх документів передбачених договором страхування.

14.5. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) про відмову у страховій виплаті, з обґрунтуванням причин відмови, в строк не більше 10 календарних днів з дня прийняття такого рішення.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, пов'язані зі страхуванням за цими Правилами, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Страховик при визначенні страхового платежу може застосовувати систему знижок та надбавок (систему бонус-малус) в залежності від результатів страхування в попередньому періоді страхування.

16.2. Розміри знижок та надбавок і умови їх застосування визначаються в договорі страхування за згодою сторін.

16.3. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають та не суперечать положенням цих Правил та Закону.

16.4. Права та обов'язки Страховика та (або) Страхувальника (Застрахованої особи), підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх поширення на сторони договору страхування повинні бути передбачені Договором страхування.

Додаток №1
до Правил добровільного медичного
страхування (безперервного страхування здоров'я)
від «20» листопада 2017 р.

**Страхові тарифи
по добровільному медичному страхуванню
(безперервному страхуванню здоров'я)**

Програма «А»- «Амбулаторно-поліклінічна допомога»:

Вік застрахованої особи, років	Базовий річний страховий тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
17-40	1,2	6,7*
41-55	4,0	6,7*
56-65	2,0	7,5*
Більше 65	2,4	8,2*

Програма «В» - «Стаціонарна допомога»:

Вік застрахованої особи, років	Базовий річний страховий тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
17-40	1,6	4,5*
41-55	2,0	4,5*
56-65	2,4	4,7*
Більше 65	2,8	5,2*

Програма «С»- «Швидка медична допомога»:

Вік застрахованої особи, років	Базовий річний страховий тариф для практично здорових, (% від страхової суми)	Базовий річний страховий тариф при наявності захворювання в анамнезі, (% від страхової суми)
17-40	0,4	5,0*
41-55	0,8	5,5*
56-65	1,2	6,0*
Більше 65	1,6	7,0*

Програма «О»- «Педіатрична допомога»:

Вік застрахованої особи, років	Базовий річний страховий тариф, (% від страхової суми)		
	Програма «А»	Програма «В»	Програма «С»
3-6	2,4	2,0	0,9
7-11	2,0	1,6	0,6
12-16	1,6	1,2	0,5


* - при укладанні Договору страхування при наявності захворювання в анамнезі підвищувальні коефіцієнти не застосовуються.

Договір страхування може передбачати період очікування (строк, протягом якого не вважається страховим випадок, що настав і має ознаки страхового згідно обраної програми страхування) від 5 до 60 діб.

Із застосуванням періоду очікування страхова премія може бути зменшена (за кожен день на 0,01% знижки зі страхової премії).

Норматив витрат, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів складає 30%.

В залежності від конкретних умов Договору до базового страхового тарифу може бути застосовано коефіцієнт від 0,01 до 3.

Актуарій  Зубченко В.П.
Свідоцтво № 03-019 від 27.07.2017 р.



Всього в цьому документі прошиито,
пронумеровано, скріплено печаткою та
підписом 19 (дев'ятнадцять) аркушів
Голова Правління ПрАТ «Страхова
компанія «САЛІАМАНДРА-УКРАЇНА»
Т.В. Павлюченко

