

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Директор ЗАТ СК “Енергорезерв”



**Т.Г. Бажутіна
2006 р.**

**ПРАВИЛА
добровільного медичного страхування
(безперервне страхування здоров'я)**

м. Київ - 2006 р.

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

Страховик- Закрите акціонерне товариство страхова компанія „Енергорезерв”, створене у відповідності до Закону України “Про господарські товариства” з урахуванням особливостей, передбачених Законом України “Про страхування”, для здійснення страхової діяльності в Україні.

Страхувальниками є юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали із Страховиком Договори страхування.

Договір страхування - письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату відповідно до умов договору (надати допомогу, виконати послугу та ін.), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі в визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Договори страхування укладаються у відповідності до дійсних Правил страхування.

Застрахована особа - особа, про страхування якої укладений Договір страхування.

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик у відповідності до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

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

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

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

Страховий випадок - подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась та з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату на умовах, визначених Договором страхування.

Здоров'я - стан повного фізичного благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів (згідно Основ законодавства про охорону здоров'я).

Розлад здоров'я застрахованої особи - стан фізичного неблагополуччя застрахованої особи, пов'язаний з функціональними та органічними ушкодженнями органів та систем організму.

Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику захворювань, допомога особам з травмами, гострими та хронічними захворюваннями і реабілітація хворих та інвалідів (згідно Основ законодавства про охорону здоров'я).

Медичні послуги - консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури.

Базовий медичний заклад - медичний заклад, який визначається Договором страхування для надання застрахованій особі медичної допомоги, та який у встановленому законодавством порядку має право на здійснення медичної діяльності.

Програма медичного страхування - перелік видів медичної допомоги та медичних послуг, оплата вартості яких гарантується Страховиком.

Лікувальні бази Страховика - лікувально-профілактичні заклади будь-якої форми власності, які приймають участь на договірних умовах із Страховиком в реалізації Програм медичного страхування, та які у встановленому законодавством порядку мають право на здійснення медичної діяльності.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На умовах даних Правил Закрите акціонерне товариство страхова компанія „Енергорезерв” (далі- Страховик) укладає Договори добровільного медичного страхування громадян. Дані Правила регулюють умови та порядок укладання Договору страхування.

За згодою сторін в Договір страхування можуть бути включені також інші умови, які не суперечать чинному законодавству України та відповідають цим Правилам.

1.2. Страхувальниками можуть виступати дієздатні громадяни та юридичні особи незалежно від форм власності, які уклали із Страховиком Договір страхування. Страхувальники можуть укладати із Страховиком Договори про страхування третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно із Договором страхування, лише за їх згодою.

1.3. За даними Правилами застрахованою може бути будь-яка фізична особа віком до 70 років.

1.4. Не підлягають страхуванню особи, які мають інвалідність 1 або 2 груп; особи, яким більш, як 70 років; особи, які у встановленому порядку визнані недієздатними.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям застрахованої особи.

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ.

ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страховим ризиком (подією), на випадок якої проводиться страхування, є:

3.1.1. Розлад здоров'я застрахованої особи.

3.2. Страховими випадками є:

3.2.1. Звернення застрахованої особи до медичного закладу із числа передбачених Договором страхування з метою одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної або іншої медичної допомоги, що потребує надання медичних послуг, в межах їх переліку, передбаченого Програмою медичного страхування, при розладі стану здоров'я.

3.3. Страховик не відшкодовує витрати на:

3.3.1. лікування психічних захворювань (з дати встановлення діагнозу);

3.3.2. лікування онкологічних захворювань (з дати встановлення діагнозу);

3.3.3. лікування венеричних захворювань або будь-яких їх наслідків, в т.ч. СНІДу чи іншого подібного синдрому (з дати встановлення діагнозу);

3.3.4. пластичні операції та будь-яке протезування;

3.3.5. лікування, не призначене лікарем або послуги, що не є необхідними з медичного погляду;

3.3.6. лікування нетрадиційними методами;

3.3.7. проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах;

3.3.8. нормальну або патологічну vagітність, пологи, окрім випадків, коли медична допомога потрібна за життєвими показниками;

3.3.9. лікування інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом: сифіліс, хламідії, трихомонади, гадренела, уроплазмена та мікоплазмена інфекції, урогенітальний герпес і т.і.;

3.3.10. лікування:

-захворювань, пов'язаних з особливо небезпечними інфекціями (натуральна віспа, чума, холера, сибірська виразка);

-туберкульозу - з дати встановлення діагнозу;

-бронхіальної астми (гормонозалежні форми) - з дати встановлення діагнозу;

-променевої хвороби - з дати встановлення діагнозу;

-хронічної ниркової недостатності, яка потребує плазмаферез, гемодіаліз.

3.3.11. медикаменти для лікування хронічних захворювань, крім ліків для лікування загострення хронічного захворювання;

3.3.12. ліки, не призначені лікарем;

3.3.13. медичні послуги, не обумовлені Програмою медичного страхування та витрати на медичні послуги, отримані в медичних закладах, не обумовлених Договором страхування, якщо це не було узгоджено із Страховиком;

3.3.14. лікування безпліддя, проведення аборту без медичних показань, на лікування, процедури, препарати та засоби для запобігання вагітності, а також стерилізацію;

3.3.15. медичні послуги при травмах, опіках, отруєннях, одержаних застрахованою особою:

-в стані, або в результаті алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння; в зв'язку з управлінням нею транспортним засобом без відповідного права, а також передачею нею управління транспортним засобом особі, яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння, або не мала відповідного права на керування транспортним засобом;

-у разі отруєння етанолом, алкогольвміщуючими напоями, сильнодіючими (наркотичними) лікарськими препаратами, якщо останні приймалися без призначення лікаря; токсичними речовинами, прийнятими з метою сп'яніння, а також хронічним алкоголізмом, токсикоманією, наркоманією;

-у разі захворювання, травм (отруєння), які є наслідком вживання алкоголю, наркотичних речовин, ліків без призначення лікарів, самолікування;

-внаслідок військових дій, страйків;

-внаслідок замаху на самогубство або навмисних дій, спрямованих на настання страхового випадку.

3.3.16. медичну допомогу при паразитарних та інфекційних захворюваннях в період офіційно оголошеного епідемічного стану (крім епідемії грипу).

3.4. Умовами Договору страхування може бути передбачене відшкодування Страховиком витрат на медичну допомогу за окремими положеннями, які зазначені у п.3.3. цих Правил, при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. ФРАНШИЗА

4.1. Страховою сумаю є грошова сума, в межах якої Страховик у відповідності до умов Договору страхування зобов'язаний при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги (послуги).

Страхова сума визначається за згодою сторін. При цьому, її розмір встановлюється виходячи з цін на медичні послуги в медичних закладах різної форми власності, переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі та території дії Договору страхування.

4.2. Страховим тарифом є ставка страхового внеску з одиниці страхової суми.

Розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін і залежить від переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, визначених Програмою медичного страхування, строку дії Договору страхування, кількості осіб, що підлягають страхуванню, умов Договору страхування. Страхові тарифи наведені у Додатку №1 до цих Правил.

4.3. Страховим платежем (страховим внеском, страховою премією) є плата за страхування, яку Страхувальник вносить Страховику відповідно до Договору страхування.

Розмір страхового платежу залежить від страхового тарифу та страхової суми.

Страхувальники згідно з укладеними договорами 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

Страхувальник - юридична особа вносить страховий платіж у безготіковій формі.

Страхувальник - фізична особа має право внести страховий платіж як по безготіковому розрахунку, так і готівкою в касу Страховика або страховому агенту.

4.4. За узгодженням сторін Договір страхування може передбачати власну участь Страхувальника (Застрахованої особи) в відшкодуванні витрат на медичну допомогу (послугу) з розміром безумовної франшизи до 200 гривень за окремою Програмою медичного страхування.

4.5. Договором страхування може бути передбачений ліміт відповідальності Страховика – гранична сума виплат за окремими видами медичної допомоги (медичних послуг).

5. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРІВ СТРАХУВАННЯ

5.1. Договір страхування укладається терміном на один рік, якщо інше не передбачено Договором.

5.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення страхового платежу (першої його частини), якщо інше не обумовлено Договором страхування.

5.4. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині того дня, дата якого вказана в Договорі страхування, як дата закінчення дії Договору страхування.

5.5. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

5.6. Для укладення Договору страхування Страхувальник - юридична особа подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, а також список осіб, які мають бути застрахованими за цим Договором страхування. При цьому, список застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

5.7. Для укладення Договору страхування Страхувальник - фізична особа подає Страховику письмову заяву та заповнює декларацію про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою за цим Договором страхування.

5.8. Договір страхування оформлюється в двох примірниках, що мають однакову юридичну силу. Один примірник Договору зберігається у Страхувальника, другий - у Страховика.

5.9. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування:

5.9.1. Програма "К" – „Консультаційно-діагностична допомога”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості консультаційно-діагностичної допомоги та послуг, лабораторних, інструментальних, функціональних, рентгенологічних, ендоскопічних, ультрасонографічних обстежень та проведення комплексного диспансерного обстеження.

5.9.2. Програма “А” – “Амбулаторно-поліклінічне лікування”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги (медичних послуг), яка була надана застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару.

5.9.3. Програма “С” – “Стационарне лікування”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги (медичних послуг), яка була надана застрахованій особі при стациональному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях.

5.9.4. Програма “Н” – Швидка медична допомога”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги (медичних послуг), яка була надана застрахованій особі загально-профільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги.

5.9.5. Програма „Ст.” – „Стоматологічна допомога”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги, наданої Застрахованій особі;

5.9.6. Програма “Д” – „Страхування дітей”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 14 років на умовах обраної програми страхування (К,А,С,Н,Ст.).

5.10. Конкретний перелік медичної допомоги (медичних послуг) визначається у Договорі страхування, у якому можуть бути передбачені інші Програми медичного страхування, які не суперечать цим Правилам.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування.

6.1.2. Передати обов'язки та права Страхувальника по Договору страхування застрахованій особі за її згодою, якщо Страхувальник та застрахована особа не є однією особою.

6.1.3. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до розділу 9 цих Правил.

6.1.4. Надати претензію Страховику щодо неналежної організації та якості наданої медичної допомоги в медичному закладі, пропонованому Страховиком.

6.1.5. У випадку прийняття рішення Страховиком про відмову у страховій виплаті, оскаржити рішення Страховика в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

6.1.6. Якщо Страхувальником є юридична особа, він має право:

- Визначити працівників, що підлягають страхуванню;
- Визначити страхову суму для кожної застрахованої особи;
- Включати до Договору страхування як штатних працівників, так і тих, хто працює за Договорами підряду та сумісників;
- Передати обов'язки та права Страхувальника за Договором страхування застрахованій особі за її згодою.

6.2. Застрахована особа має право:

6.2.1. Прийняти на себе зобов'язання Страхувальника-юридичної особи в разі його ліквідації.

6.3. Страхувальник зобов'язаний:

6.3.1. Своєчасно і в повному обсязі вносити передбачені Договором страхування страхові платежі.

6.3.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для оцінки страхового ризику та в подальшому інформувати його про будь-які зміни страхового ризику.

6.3.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування.

6.3.4. Забезпечити збереження документів, що стосуються Договору страхування.

6.3.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами Договору страхування.

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

6.4. Страховик має право:

6.4.1. Перевіряти достовірність даних, що йому надаються.

6.4.2. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до лікувальних закладів та інших організацій, що мають інформацію про обставини страхового випадку.

6.4.3. Відкласти здійснення страхової виплати до з'ясування обставин страхового випадку на строк до 30 днів при виникненні обґрутованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником або застрахованою особою.

6.4.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках:

6.4.4.1. навмисних дій Страхувальника або застрахованої особи, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані із 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 таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

6.4.4.2. вчинення Страхувальником або застрахованою особою умисного злочину, який призвів до настання страхового випадку;

6.4.4.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

6.4.4.4. несвоєчасного повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначені обставин, характеру страхового випадку та розміру витрат;

6.4.4.5. при відсутності необхідних документів, визначених у пункті 7.7. цих Правил, які підтверджують настання страхового випадку та витрати на медичні послуги.

6.4.4.6. у інших випадках, передбачених законодавством України.

6.4.5. Достроково припинити дію Договору страхування відповідно до розділу 9 цих Правил.

6.5. Страховик зобов'язаний:

6.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

6.5.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (застрахованій особі);

6.5.3. Забезпечити конфіденційність у відносинах із Страхувальником та застрахованою особою, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України;

6.5.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих медичних послуг застрахованій особі або за її письмовим розпорядженням медичному закладу (або асистуючій компанії, з якою у Страховика укладений договір про асистування) в обумовлений Договором страхування термін. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Застрахованій особі або медичному закладу неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

6.5.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

6.5.6. Розглянути претензію застрахованої особи щодо неналежної організації та якості медичної допомоги в лікувальних закладах Страховика в 10-денний строк та інформувати Страхувальника та застраховану особу про прийняті заходи.

Договором страхування можуть передбачатися також інші права та обов'язки сторін, які не суперечать чинному законодавству.

6.6. Договором страхування може бути передбачена зобов'язаність застрахованої особи:

6.6.1. Дбайливо відноситися до свого здоров'я, а в разі його розладу звернутися до медичного закладу або до Страховика;

6.6.2. В період обстеження і лікування виконувати призначення лікаря та дотримуватись порядку, встановленого у лікувальному закладі;

6.6.3. Негайно, як тільки з'явиться можливість, повідомити Страховика про перебування в лікувальному закладі, що не входить до списку медичних закладів, визначених Договором страхування, та його місцезнаходження;

6.6.4. Повідомити в письмовій формі Страховика про настання страхового випадку в строк, не пізніше 10 робочих днів з дати закінчення курсу лікування.

**7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ
СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.**

**ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТИВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ
СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТ.**

ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

7.1. У разу розладу здоров'я застрахована особа повинна звернутися за медичною допомогою до базового медичного закладу (лікувальної бази Страховика), визначеного в Договорі страхування, або за телефоном лікаря-диспетчера асистуючої компанії, з якою Страховик уклав договір про асистування.

7.2. У разі необхідності одержання медичних послуг, рекомендованих лікарем базового медичного закладу, які не можуть бути проведені в даному медичному закладі, застрахована особа повинна звернутися до довіреного лікаря Страховика та отримати направлення в інший медичний заклад із списку медичних закладів, із якими Страховиком укладено договір про співпрацю.

7.3. Якщо призначенні лікарем медичні послуги не можуть надати медичні заклади із списку медичних закладів, з якими Страховиком укладений договір про співпрацю, застрахована особа за узгодженням із Страховиком звертається до іншого медичного закладу.

7.4. У разі звернення до медичного закладу із списку медичних (лікувальних) закладів, з якими Страховиком укладено договір про співпрацю, застрахована особа одержує медичну допомогу та медичні послуги, вартість яких сплачується Страховиком.

7.5. У разі звернення після узгодження із Страховиком до медичного закладу, що не входить до списку лікувальних баз Страховика або асистуючої компанії, застрахована особа самостійно сплачує вартість наданих медичних послуг, а потім, у термін не пізніше ніж 2 доби із моменту сплати, надає Страховику заяву на здійснення страхової виплати.

7.6. При зверненні застрахованої особи до медичних закладів із списку лікувальних баз Страховика, із якими Страховиком укладено договори про співпрацю, Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати медичному закладу вартості наданої застрахованій особі медичної допомоги та медичних послуг.

Виплати здійснюються на основі документів, наданих медичним закладом:

- Звіту медичного закладу про надані медичні послуги конкретній застрахованій особі;
- Виписки із історії хвороби;
- Прейскуранту цін, узгодженому Страховиком та лікувальним закладом.

Страховик здійснює страхову виплату медичному закладу у порядку та терміни, передбачені договором про співпрацю між Страховиком та медичним закладом.

7.7. При зверненні застрахованої особи до медичного закладу із списку лікувальних баз, з якими асистуюча компанія уклала договір про співпрацю, Страховик (за заявою Застрахованої особи) здійснює страхову виплату згідно із наданим звітом та актом виконаних робіт шляхом оплати асистуючій компанії вартості медичних послуг, наданих медичним закладом Застрахованій особі.

7.8. При отриманні застрахованою особою медичної допомоги (послуг) у медичних закладах, що не входять до списку лікувальних медичних баз Страховика (за умови попереднього узгодження із Страховиком), Страховик здійснює страхову виплату безпосередньо застрахованій особі на умовах, передбачених Договором страхування.

Для одержання страхової виплати застрахована особа надає Страховику, або уповноваженій Страховиком особі:

- заяву на отримання виплати;
- довідку медичного закладу із зазначенням діагнозу, переліком наданих медичних послуг та їх вартості;
- касову квитанцію про сплату наданих їй медичних послуг;
- документ, що посвідчує особу застрахованого.

Страховик здійснює виплату застрахованій особі на основі страхового акту, який оформляється довіреним лікарем Страховика за визначеною Страховиком формою.

Страхова виплата здійснюється в формі, обумовленій Договором страхування (безготівковим розрахунком або готівкою через касу Страховика) у термін, передбачений Договором страхування.

7.9. Загальний розмір страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків не може перевищувати страхову суму або встановлений ліміт відповідальності Страховика за окремими програмами медичного страхування, обумовлений Договором страхування для даної застрахованої особи.

8. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. Страховик в термін не більше 10 робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (згідно зразка 7 цих Правил) приймає рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати.

Страховик здійснює страхову виплату застрахованій особі протягом 10 робочих днів з дати прийняття рішення про виплату. Страховик повідомляє про відмову у виплаті в 10-денний строк з письмовим обґрунтуванням причин відмови з дня прийняття рішення про відмову у виплаті.

8.2. При виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страховику, рішення про здійснення страхової виплати або страхова виплата може бути відкладені на термін до 30 робочих днів.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

9.1.1. Закінчення строку дії Договору;

9.1.2. Виконання Страховиком обов'язків перед Страхувальником у повному обсязі;

9.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів в зазначені Договором терміни. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (черговий) страховий платеж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів із дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

9.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України "Про страхування";

9.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, передбаченому законодавством України;

9.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

9.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. Дія Договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України.

Про наміри достроково припинити дію Договору страхування кожна із сторін зобов'язана сповістити іншу не пізніше, ніж за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

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

9.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, обумовленої порушенням Страховиком умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

9.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика, Страхувальному повертаються повністю сплачені ним страхові платежі.

9.6. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, якщо вона обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальному страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

9.7. Якщо в період дії Договору страхування застрахована особа стає за визначенням суду недієздатною, дія Договору страхування для даної застрахованої особи припиняється. В цьому разі Страхувальному повертається страховий платіж, сплачений за дану особу з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та виплаченої частки страхової суми в період дії Договору страхування.

9.8. Якщо в період дії Договору страхування, Страхувальник втрачає права юридичної особи, то права та обов'язки, що випливають з Договору страхування, переходять до правонаступника Страхувального.

9.9. Якщо в період дії Договору страхування Страховик втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації, то права та обов'язки, що випливають з Договору страхування, переходять правонаступнику Страховика в установленому законодавством порядку.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори, що виникають в процесі виконання умов Договору страхування, розв'язуються в порядку, установленому чинним законодавством України.

Додаток №1

До Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові річні страхові тарифи у відповідності з Програмами медичного страхування наведені у таблицях №№1-5.

Таблиця 1 - Консультаційно-діагностична допомога

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,5
18-40	5,1
41-55	7,0
56-60	9,0
60-65	9,8

Таблиця 2 - Амбулаторно-поліклінічне лікування

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,6
18-40	5,2
41-55	7,1
56-60	9,3
60-65	9,9

Таблиця 3 - Стационарне лікування

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,7
18-40	5,3
41-55	7,2
56-60	9,3
60-65	11,0

Таблиця 4 - Швидка медична допомога

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
до 18	6,0
18-40	4,8
41-55	6,9
56-60	9,5
60-65	12,0

Таблиця 5 - Стоматологічна допомога

Вік Страхувальника (років)	Страховий тариф
18-35	8
36-50	12

2. При укладенні договорів страхування медичних витрат з юридичними особами по програмах страхування, вказаних в таблицях №№1-5 можуть застосовуватись пільги:

Таблиця 6 - Пільги юридичним особам

Чисельність застрахованих	Знижка тарифу, %
50 – 80	5
80 – 110	6
110 – 200	8
200 – 250	9
більше 250	10

3. Тарифи, наведені в таблицях №№1-5 розраховано для практично здорових осіб. При страхуванні осіб, які мають хронічні захворювання тариф може збільшуватися, в залежності від захворювання, на коефіцієнт в межах від 1,1 до 6,0.

4. Норматив витрат на ведення справи складає 30%.

5. Зазначені тарифи можуть бути знижені чи підвищені залежно від категорії (класу) обслуговування.

При укладанні Договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (неповний місяць рахується як повний):

Таблиця №1.

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт коротко-строковості	0,093	0,185	0,275	0,363	0,45	0,535	0,618	0,7	0,78	0,858	0,935	1,00

Актуарій *О. Поплавський*
Диплом від „14” 09 1900 року. №14

ПРОШНУРОВАНО
ПРОНУМЕРОВАНО

Сторінок

12

Директор

Бажутіна Т.Г.

