

АКЦІОНЕРНЕ СТРАХОВЕ ТОВАРИСТВО ЗАКРИТОГО ТИПУ «ДНІПРОІНМЕД»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Директор АСТ «Дніпроінмед»

Н.Я. Білінська



«21» квітня 2008 р.

Правила

добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)

ГЛОСАРІЙ

СТРАХОВИК - юридична особа, яка має ліцензію на право здійснювати добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я). В дійсних Правилах – Акціонерне страхове товариство закритого типу „Дніпроінмед”.

СТРАХУВАЛЬНИК - юридична особа чи дієздатна фізична особа, що уклали договір страхування зі Страховиком.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - дієздатна фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, в тому числі нею може виступати і Страхувальник - фізична особа.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно якої Страховик бере на себе зобов'язання при настанні страхового випадку повністю чи частково компенсувати застрахованій особі витрати на медичні послуги (згідно переліку), одержані у медичних закладах, вказаних у договорі страхування.

СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

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

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

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

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Правила) Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники), за умовами яких гарантує фінансування медичних послуг, медикаментів та предметів медичного призначення певного переліку та якості у об'ємі базової медичної програми, що є невід'ємною частиною цих Правил (Додаток №1 до цих Правил). За згодою Сторін умови базової програми страхування можуть бути змінені щодо переліку страхових ризиків, виключень з страхових випадків, обмежені в страхуванні та інших умовах програми страхування. Конкретні умови програми страхування визначаються в договорі страхування за згодою Сторін.

1.2. Страхувальник може укладати договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) відносно себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У разі, коли договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.3. Обмеження страхування: не укладаються договори медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) фізичних осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах, центрах по профілактиці та боротьбі зі СНІДом; інвалідів I -III груп, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Конкретний перелік обмежень страхування визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

1.4. Асистуюча компанія - компанія, з якою Страховик має договірні стосунки щодо обслуговування договорів страхування в частині організації та фінансування медичних послуг у обсязі страхових медичних програм, якщо це передбачено умовами договору страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.

3.1. Страховий випадок - подія, передбачувана договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

3.2. За цими Правилами страховим ризиком є захворювання, травматичне пошкодження або інше порушення здоров'я Застрахованої особи, що призвело до необхідності звернення останньої до медичного закладу.

3.3. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу, фармацевтичної компанії, передбачених договором страхування, або запропонованого Асистуючою компанією (якщо у договорі визначено, що медична допомога здійснюється через таку компанію), з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку за отриманням консультативної, профілактичної чи іншої допомоги, що потребує надання медичних послуг, медикаментів та предметів медичного призначення у межах їх переліку, передбаченого договором страхування, згідно з вибраною страховою медичною програмою.

Страховим випадком, якщо інше не передбачено за згодою сторін у договорі страхування, визнається звернення Застрахованої особи до медичного закладу (фармацевтичної компанії, асистуючої компанії) під час дії договору страхування.

3.4. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з:

- а) хворобою, яка є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, самолікування;
- б) спадковими захворюваннями, вродженими аномаліями та вадами розвитку;
- в) гострими та хронічними променевими ураженнями;
- г) психічними захворюваннями та їх ускладненнями;
- д) захворюваннями, пов'язаними з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів;
- е) хронічним захворюванням, яке було діагностовано до укладення договору страхування, за винятком випадків загострення хронічного захворювання;
- е) проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення і (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;
- ж) лікування, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;
- з) хворобами, пов'язаними із стихійними лихами;
- і) хворобою або травмою, яка є наслідком:
 - замаху на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану офіційно підтвердженими протиправними діями третіх осіб;
 - вчинення Застрахованою особою протиправних дій;
 - військових дій будь-якого роду, тероризму, акту агресії, громадських безладь, заколоту, революції,
 - навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
 - знаходження Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння.

Договором страхування за згодою Сторін можуть бути передбачені інші виключення із

страхових випадків.

Конкретний перелік виключень із страхових випадків визначається в договорі страхування за згодою Сторін

3.5. Страховик має право відмовити у виплаті, якщо Застрахованою особою отримані медичні послуги, медикаменти та предмети медичного призначення, які не передбачені цими Правилами, програмою страхування та договором страхування, або Застрахованою особою були отримані медичні послуги (медикаменти та предмети медичного призначення) у медичних закладах (фармацевтичних компаніях), не передбачених договором страхування без попереднього погодження із Страховиком (Асистуючою компанією).

У цих випадках рішення про відмову у виплаті приймається експертною комісією Страховика на підставі документів, наданих медичним закладом (фармацевтичною компанією).

3.6. Страховик має право відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у п.3.4, п.3.5 цих Правил, а також, якщо Страхувальник (Застрахована особа):

- вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;
- повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування або про факт настання страхового випадку;
- несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив Страховикові перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
- не надав документів, які підтверджують факт настання страхового випадку;
- вчинив навмисні дії, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, встановлюється відповідно до вимог чинного законодавства України.

Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону. Конкретний перелік підстав для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати визначається за згодою сторін у договорі страхування.

4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) укладається на строк до 1 року, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Конкретний строк дії договору страхування визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

4.2. Підставою для укладання договору страхування є заява Страхувальника у письмовій або іншій формі. У разі, коли Страхувальником є юридична особа, яка бажає одночасно застрахувати декількох осіб, до заяви додається список Застрахованих осіб. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування.

При поданні заяви на укладення договору, Страхувальник повинен надати всю необхідну інформацію за вимогою Страховика щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається договір та інше. Страховик може вимагати медичного освідчення особи, про страхування якої укладається договір.

4.3. Договір страхування складається українською чи російською мовою у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і зберігаються (по одному примірнику) у кожній із Сторін.

При укладанні договору медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) одночасно декількох Застрахованих осіб, цим особам можуть додатково бути видані документи, що посвідчують факт укладання договору страхування або інші документи та рекламні матеріали щодо умов договору страхування. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим полісом, що є формою договору страхування.

4.4. Договір медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) набуває чинності з дати внесення Страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування. Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності:

4.4.1. У разі сплати страхової премії готівкою - з 00 годин дня, наступного за днем сплати премії одноразово або першої її частини;

4.4.2. У разі сплати страхової премії у безготівковій формі - з 00 годин дня, наступного за днем надходження премії (одноразової або першої її частини) на розрахунковий рахунок Страховика. Страховик зобов'язаний протягом трьох робочих днів після надходження страхової премії на свій розрахунковий рахунок повідомити Страхувальника про дату набуття чинності договору страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

Договором страхування може передбачатися також інший порядок набуття їм чинності. Конкретний порядок набуття договором страхування чинності визначається в договорі страхування за згодою Сторін

4.5. Місцем дії договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ. РОЗМІР СТРАХОВОЇ ПРЕМІЇ, ПОРЯДОК ЇЇ СПЛАТИ.

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування. Для кожної страхової медичної програми Страховик має право встановлювати мінімальний рівень страхової суми, виходячи з розміру фактичної вартості медичних послуг або передбачати інші варіанти визначення страхової суми за згодою Сторін.

5.2. Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) - грошова сума, яку сплачує Страхувальник Страховику за те, що останній зобов'язується згідно умов договору страхування здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Розмір страхової премії визначається залежно від розміру страхової суми, на підставі базового страхового тарифу, що визначається згідно з Додатком № 2 до цих Правил та корегується залежно від програми страхування, передбаченої в договорі страхування за згодою Сторін за допомогою корегуючих коефіцієнтів, передбачених у Додатку № 2 до цих Правил.

5.3. Страхова премія сплачується у строки та у порядку, які визначені договором страхування.

5.4. Страхувальник може сплатити страхову премію готівкою у касу Страховика, або використати безготівкові форми розрахунків. Конкретний порядок та строки сплати страхового платежу визначаються в договорі страхування за згодою Сторін

5.5. Договором страхування можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика по окремим видам медичних послуг (групам медикаментів та предметів медичного призначення), а також франшиза (частина збитків, що не відшкодовується Страховиком).

6. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Достроково припинити дію договору страхування відповідно до пунктів 9.2. та 9.3.1.

дих Правил.

6.1.2. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого договору, про що укладається додаткова угода до діючого договору страхування з врахуванням умов розділу 7 цих Правил, що є його невід'ємною частиною.

6.1.3. Вимагати виконання Страховиком умов договору страхування, цих Правил та чинного законодавства.

6.1.4. Вимагати надання та оплати вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах, передбачених договором страхування.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Сплачувати страхову премію в обсягах та в строки, що обумовлені договором страхування.

6.2.2. Інформувати Страховика на протязі строку дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника і Застрахованої особи.

6.2.3. Надати Страховику достовірні відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, інші відомості, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

6.2.4. В разі необхідності отримання медичних послуг в лікувальному закладі, не передбаченому договором страхування, узгодити це із Страховиком до отримання цих послуг. Якщо договором страхування передбачена організація надання та фінансування медичних послуг через Асистуючу компанію, то медичний заклад для отримання медичних послуг та обсяг медичних послуг узгоджується з Асистуючою компанією.

6.2.5. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмету договору страхування.

6.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання договору страхування вимагати результатів медичного обстеження особи, про страхування якої укладається договір страхування, та за результатами приймати рішення щодо укладення договору страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником інформацію.

6.3.3. Надсилати запити до компетентних органів про надання інформації, необхідної для з'ясування обставин та причин настання страхового випадку.

6.3.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках передбачених договором страхування, цими Правилами та законом.

6.3.5. Достроково припинити дію договору страхування, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання договору страхування або не сплатив страховий платіж (чергову частину платежу) у встановлений договором страхування строк та у встановленому договором страхування обсязі.

6.3.6. Відкласти прийняття рішення про страхову виплату або здійснення страхової виплати на строк не більше 90 днів у разі появи обґрунтованих сумнівів, щодо причин та обставин страхового випадку.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором між Страховиком та медичним закладом (Асистуючою компанією, фармацевтичною

компанією) строк (після одержання усіх, належним чином оформлених, необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку та оформлення страхового акту). Якщо Застрахована особа одержала платні медичні послуги в медичному закладі, з яким Страховик не має договірних відносин, за попереднім погодженням з Страховиком (Асистуючою компанією), та оплатила вартість цих послуг самостійно, їй здійснюється виплата в строк, передбачений умовами договору страхування, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені, розмір якої визначається умовами договору страхування або законом.

6.4.3. Не розголошувати відомостей про Страхувальник та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

6.5. Якщо Застрахована особа - неповнолітня дитина, то її права та обов'язки, які передбачені договором страхування, здійснюють її батьки або опікуни.

6.6. Договором страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема вона зобов'язана дотримуватися приписів лікаря, повідомляти про настання страхового випадку. Конкретний перелік прав та обов'язків Сторін визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

6.7. При укладанні договору страхування Застрахована особа надає право персоналу медичного закладу надавати Страховику всю необхідну йому інформацію стосовно страхового випадку без будь-яких обмежень.

7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою Сторін.

7.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено умовами договору.

7.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування та є його невід'ємною частиною. Односторонні зміни умов договору страхування не допускаються, якщо інше не передбачено за згодою сторін у договорі страхування.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

8.1. При настанні страхового випадку (звернення Застрахованої особи до медичного закладу (фармацевтичної компанії) з переліку визначених договором страхування або до Асистуючої компанії, яка вказана в договорі страхування, з приводу захворювання, загострення хронічного захворювання чи нещасних випадків або інших порушень здоров'я Застрахованої особи медичні послуги (медикаменти та предмети медичного призначення) надаються на підставі пред'явлення договору страхування (або документу, що посвідчує факт укладання договору страхування) та документу, що посвідчує Застраховану особу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов договору страхування шляхом оплати медичному закладу або Асистуючій компанії вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг (шляхом оплати фармацевтичній компанії вартості наданих медикаментів та предметів медичного призначення) в зв'язку із захворюванням в межах страхової суми, визначеної договором страхування, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

Медичний заклад (Асистуюча компанія, фармацевтична компанія) сповіщає Страховика

про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не обумовлено у конкретному договорі з медичним закладом (Асистуючою компанією, фармацевтичною компанією) та договором страхування.

Виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів медичного закладу (фармацевтичної компанії), що надавав Застрахованій особі медичні послуги (медикаменти та предмети медичного призначення) (заява про виплату, рахунок медичного закладу, акт виконаних робіт, документи, що підтверджують настання страхового випадку: медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу) (рахунки, рецепти та інші документи), у порядку та строки, передбачені договором між Страховиком та медичним закладом/Асистуючою компанією або договором між Страховиком та медичним закладом (Асистуючою компанією, фармацевтичною компанією) або договором страхування. Конкретний порядок та перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та необхідні для здійснення страхової виплати визначається в договорі страхування за згодою Сторін.

Страховик має право перевіряти надану інформацію та вимагати додаткових документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір витрат, а також направити до Застрахованої особи власного лікаря-експерта з метою додаткового обстеження стану її здоров'я.

При одержанні Застрахованою особою медичних послуг у медичному закладі, не передбаченому договором страхування, але при умові, що це було попередньо узгоджено із Страховиком (Асистуючою компанією), після закінчення лікування Застрахована особа надає Страховику заяву про виплату, оригінали документів: рахунки медичного закладу та фармацевтичних установ, документи, що підтверджують настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу), якщо це передбачено умовами договору страхування. Конкретний перелік необхідних документів визначається в договорі страхування.

Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, попередньо погоджених із Страховиком, згідно рахунків медичних закладів (фармацевтичних компаній) та здійснюється безпосередньо медичному закладу (фармацевтичній компанії), якщо інше не передбачено умовами договору страхування. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила вартість отриманих медичних послуг, вона додатково до документів, які підтверджують факт настання страхового випадку, надає Страховику документи, що підтверджують факт сплати (квитанції, чеки, тощо). Сплата вартості медикаментів та предметів медичного призначення в цьому випадку здійснюється в межах обумовленої договором страхування суми, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Страховик здійснює страхову виплату в строк, передбачений договором страхування.

8.2. Після отримання документів, визначених у пункті 8.1. цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату згідно умов пунктів 8.3 та 8.4 цих Правил, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

8.3. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування для цієї Застрахованої особи.

8.4. Належну страхову виплату Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату. Виплата здійснюється згідно з п. 6.4.2. та п. 8.1. цих Правил. Страхова виплата може також здійснюватись шляхом сплати вартості медичних послуг (медикаментів та предметів медичного призначення) медичним та іншим закладам на підставі наданих останніми документів (акта виконаних робіт та інших документів, передбачених договором з медичним закладом (Асистуючою компанією фармацевтичними компаніями та ін.) після складання страхового акту. Конкретний порядок форма, строки та перелік необхідних документів щодо здійснення страхової виплати визначається за згодою Сторін в договорі страхування та /або договором з медичним закладом (Асистуючою компанією, фармацевтичними компаніями та ін.).

8.5. За кожний день затримки виплати, що сталася з вини Страховика, сплачується пеня в розмірі, визначеному договором страхування або законом, або договором з медичним закладом (Асистуючою компанією, фармацевтичними компаніями та ін.), залежно від того, кому здійснюється виплата.

8.6. Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті протягом 30 календарних днів з дня отримання документів, передбачених п. 8.1. цих Правил та умовами договору страхування. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті, Страховик повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) у строк 15 календарних днів з дати прийняття такого рішення з письмовим обґрунтуванням причин відмови.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

9.1.1. Закінчення строку дії договору страхування;

9.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником та застрахованими особами у повному обсязі;

9.1.3. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено про страхування декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи договір припиняє дію тільки відносно цієї особи;

9.1.4. У випадку несплати Страхувальником страхового платежу (чергової частини страхового платежу) у встановлений договором страхування строк. 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 з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

9.1.5. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України “Про страхування”:

а) у разі смерті Страхувальника, який уклав договір медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих;

б) якщо Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника;

в) у разі визнання судом Страхувальника - фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

9.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

9.1.7. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

9.1.8. В інших випадках, передбачених договором страхування та чинним законодавством України.

9.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін, якщо це передбачено умовами договору страхування.

Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до пропонуємої дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором 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 страхування та законодавством України.

9.3. При достроковому припиненні дії договору страхування Страховик виплачує Страхувальнику грошову суму, яка розраховується слідуючи чином:

9.3.1. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страхувальника, Страховик повертає страхову премію, що залишилася до закінчення дії договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо ця вимога обумовлена невиконанням Страховиком умов договору страхування Страховик повертає Страхувальнику сплачену страхову премію повністю;

9.3.2. У разі дострокового припинення дії договору страхування з ініціативи Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові премії. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхову премію, що залишилася до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори, пов'язані із страхуванням, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

Базові страхові медичні програми (перелік медичних послуг)

1. Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога».

Програма гарантує надання та оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування у кваліфікованих спеціалістів будь-якого профілю в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у тому числі в денному стаціонарі, з оплатою вартості ліків після закінчення повного курсу амбулаторного лікування.

Програма включає в межах страхової суми: надання та оплату вартості висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договори про співробітництво; проведення в повному обсязі лабораторних та допоміжних методів обстеження, включаючи аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування; рентгенологічні дослідження, ЕКГ, РВГ, РЕГ, ЕЕГ, ультразвукове, термографічне обстеження; нейрофізіологічні методи обстеження; ендоскопія, МРТ тощо;

- проведення комплексного диспансерного обслуговування;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, ендокринолога, гінеколога, фізіотерапевта, уролога, інфекціоніста, дерматолога, психолога, отоларинголога, терапевта та інших;
- динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії договору страхування; надання допомоги на дому; проведення реабілітаційних заходів після перенесеного гострого або загострення хронічного захворювання; фізіотерапевтичне лікування, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показниками;
- хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.

2. Програма «Стаціонарна допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості стаціонарної медичної допомоги в лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво, у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Госпіталізація здійснюється на протязі 1-3 діб з моменту отримання напрямку лікаря та невідкладно, у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, надання необхідних побутових умов, виконання усіх інвазійних маніпуляцій тільки одноразовим інструментарієм, оплата вартості харчування.

3. Програма «Швидка медична допомога».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості висококваліфікованої цілодобової невідкладної медичної допомоги виїзних загально-профільних бригад спеціалістів та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших).

4. Програма «Стоматологія».

Програма гарантує надання та оплату в межах страхової суми вартості послуг, пов'язаних з первинним оглядом Застрахованої особи лікарем-стоматологом із застосуванням нових технологій; необхідний комплекс діагностичних досліджень та застосування анестезії при проведенні лікувальних процедур; терапевтичну допомогу – лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту із заміщенням дефекту зуба пломбою; хірургічну допомогу – удаління зубу.

5. Програма «Аптека».

Забезпечення Застрахованої особи медикаментами та предметами медичного призначення для лікування захворювань, що встановлені або загострилися в строк дії договору страхування.

Наведені програми страхування можуть корегуватись у договорі страхування за згодою сторін або застосовуватись комплексно.

до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)**Базові страхові тарифи**

Нижче наведені річні страхові тарифи для однієї Застрахованої особи у % від страхової суми по відповідній страховій медичній програмі.

Амбулаторно-поліклінічна допомога:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	7	30
16-40	5	40
41-55	6	40
56-65	9	50
більше 65	10	60

Стационарна допомога:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	6	20
16-40	4	15
41-55	6	40
56-65	9	45
більше 65	10	50

Швидка медична допомога:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	2	20
16-40	1	10
41-55	2	20
56-65	6	30
більше 65	8	40

Стоматологія :

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	18	30
16-40	25	40
41-55	26	40
56-65	29	40
більше 65	30	45

Аптека:

вік Застрахованої особи	страховий тариф для практично здорових, % від страхової суми	Страховий тариф для застрахованих з наявністю захворювань в анамнезі, хронічними захворюваннями, % від страхової суми
1-15	4	15
16-40	2,5	20
41-55	3	20
56-65	4,5	23
більше 65	5	25

Норматив витрат на ведення справи складає 35% в зазначених тарифах.

При укладанні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується виходячи з розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче таблиці (при цьому неповний місяць дії договору страхування рахується за повний) :

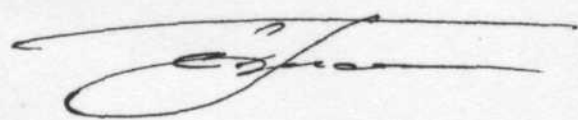
строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% від річного тарифу	30	35	40	45	50	60	70	75	85	90	95

В кожному конкретному випадку страхові тарифи можуть бути знижені або підвищені із застосуванням понижуючих коефіцієнтів від 0,02 до 0,99 та підвищуючих коефіцієнтів від 1,01 до 3,00 в залежності від:

- категорії медичних закладів, визначених у договорі страхування;
- стану здоров'я особи, що страхується, умов праці, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем), та інших чинників, що впливають на ймовірність настання страхового випадку.

У будь-якому випадку страховий тариф не може перевищувати 80% від страхової суми.

Актуарій

 / С. Г. Тенерська

