



**ПРАВИЛА № 1031  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

м. Київ – 2007 р.

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
Правлінням ЗАТ «ПРОСТО-страхування»  
Протокол від 16 березня 2007 р.



**ПРАВИЛА № 1031  
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ  
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

**1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

- 1.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), далі – «Правила», розроблені відповідно до Закону України “Про страхування”.
- 1.2. Добровільне медичне страхування здійснюється відповідно до чинного законодавства України та на підставі цих Правил та Договору добровільного медичного страхування (далі – Договір страхування).
- 1.3. **Страховик** – Закрите акціонерне товариство «Акціонерна страхова компанія з надання екстреної медичної допомоги іноземним громадянам» (ЗАТ «ПРОСТО-страхування»).
- 1.4. **Страховальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування.
- 1.5. **Застрахована особа** - фізична особа, на користь якої укладено Договір страхування.
- 1.5.1. Страховальник-фізична особа, який уклав Договір страхування відносно себе є Застрахованою особою.
- 1.5.2. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страховальника згідно з Договором страхування.
- 1.6. **Договір страхування** - це письмова угода між Страховиком та Страховальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги в обсязі, що передбачений Договором страхування, а Страховальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.
- 1.7. **Медичний заклад** – підприємства, установи, організації, інші суб'єкти господарювання (в т.ч. фізичні особи), які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг, або суб'єкти господарювання, що здійснюють оптову та/або роздрібну реалізацію лікарських засобів та/або забезпечують Застраховану особу лікарськими засобами, медичною технікою та виробами медичного призначення.
- 1.8. **Програма медичного страхування** (далі – Програма страхування) – це погоджені між Страховиком та Страховальником у Договорі страхування види, обсяги, порядок надання та фінансування медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.
- 1.9. **Асистуюча компанія** – спеціалізований заклад з координації надання медичної допомоги Застрахованим особам, що діє від імені, за дорученням та за рахунок Страховика і здійснює організацію надання медичної допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Асистуюча компанія укладає договори з Медичними закладами щодо обслуговування Договорів страхування в частині організації та фінансування медичної допомоги.

## **2. ПЕРЕЛІК ОБ'ЄКТІВ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

## **3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

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

3.2. Розмір страхової суми встановлюється за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

3.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) по окремим страховим випадкам та/або за певними Програмами страхування, та/або за певними видами медичної допомоги, яка буде надаватися Застрахованій особі та/або по Договору страхування в цілому.

3.4. Договором страхування може бути передбачена франшиза - частина вартості медичної допомоги, яка при настанні страхового випадку не оплачується Страховиком.

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

3.6. Розміри страхового платежу визначається на підставі базових страхових тарифів, наведених у Додатку № 2 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладанні Договору страхування за згодою сторін на підставі базових страхових тарифів, але з урахуванням рівня ризику, переліку медичних послуг та інших умов Договору страхування.

3.7. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.

3.8. Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика або шляхом безготівкового перерахування на поточний рахунок Страховика.

## **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ**

4.1. Страховим ризиком є ймовірність розладу здоров'я Застрахованої особи під час дії Договору страхування, що призвів до необхідності надання Застрахованій особі медичної допомоги.

4.1. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі у порядку та на умовах, зазначених в Договорі страхування.

4.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до Медичного закладу з приводу розладу її здоров'я (гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи інших наслідків нещасного випадку, позаматкової вагітності, ускладнення фізіологічної вагітності) за отриманням медичної допомоги (медичних послуг) в обсязі, передбаченому Договором страхування.

4.3. Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік видів розладу здоров'я Застрахованої особи, на випадок настання яких здійснюється страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. За цими правилами не укладаються Договори страхування (якщо інші обмеження не передбачені Договором страхування) по відношенню до:

5.1.1. осіб віком понад 65 років;

5.1.2. осіб, визнаних недездатними у встановленому законодавством порядку;

5.1.3. осіб, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;

5.1.4. ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

5.2. Якщо інше не передбачене Договором страхування, не вважається страховим випадком звернення Застрахованої особи за медичною допомогою в зв'язку з:

5.2.1. алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією та їх будь-якими наслідками;

5.2.2. захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до моменту набуття чинності Договором страхування;

- 5.2.3. захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями на особливо небезпечні інфекції та потребують введення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 5.2.4. захворюваннями крові;
- 5.2.5. системними захворюваннями сполучної тканини;
- 5.2.6. хронічною нирковою недостатністю, що потребує проведення гемодіалізу, гепатитом (гострим та/або хронічним), цирозом печінки;
- 5.2.7. вродженими вадами та аномаліями розвитку;
- 5.2.8. псоріазом, нейродермітом, екземою, сонячними опіками, мікозами шкіри та внутрішніх органів;
- 5.2.9. цукровим діабетом, крім станів, що загрожують життю Застрахованої особи;
- 5.2.10. легеневидами та позалегеневидами формами туберкульозу;
- 5.2.11. лікуванням захворювань та станів, потребуючих постійної замісної терапії;
- 5.2.12. косметологічними та пластичними операціями та їх наслідками;
- 5.2.13. трансплантацією органів та тканин (крім трансплантації шкіри, яка необхідна внаслідок нещасного випадку, що мав місце під час дії цього Договору);
- 5.2.14. психічними захворюваннями та їх наслідками;
- 5.2.15. онкологічними захворюваннями, в т.ч. онкогематологічними;
- 5.2.16. штучним перериванням вагітності (крім переривання вагітності по медичними показанням);
- 5.2.17. хірургічними операціями з використанням апарату штучного кровообігу, проведення операцій аорто-коронарного шунтування, стентування;
- 5.2.18. захворюваннями ВІЛ-інфекцією, СНІДом, венеричними захворюваннями та захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом та наслідками цих захворювань.

5.3. Страховик не оплачує (якщо інше непередбачене Договором страхування):

- 5.3.1. вартість допоміжних медичних виробів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок, медичних пристроїв, які заміщують або корегують функції уражених органів тощо) та вартість їх ремонту;
- 5.3.2. витрати на придбання лікарських засобів, медичних виробів без призначення лікаря та/або на отримання медичних послуг без направлення лікаря;
- 5.3.3. витрати на благодійні внески;
- 5.3.4. витрати на діагностику та/або лікування методами народної та нетрадиційної медицини;
- 5.3.5. витрати на проведення реабілітаційних заходів;
- 5.3.6. моральні збитки та упущену вигоду.

5.4. Договором страхування може бути передбачений розширений перелік захворювань та станів здоров'я Застрахованої особи, що не визнаються страховими випадками. Такий перелік визначається за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування.

## **6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 6.1. Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, поширюється на територію України, якщо інша територія дії не передбачена Договором страхування.
- 6.2. Строк дії Договору страхування визначається при його укладанні за згодою між Страхувальником та Страховиком.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник-фізична особа подає Страховику письмову заяву або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. У випадку, якщо Страхувальником є юридична особа, Договір страхування укладається на підставі його письмової заяви, яка є невід'ємною частиною Договору страхування, із переліком Застрахованих осіб, щодо яких укладається Договір страхування.

7.2. При укладанні Договору страхування Страховик має право вимагати медичного освідчення або заповнення декларації про стан здоров'я особи, про страхування здоров'я якої укладається Договір страхування, та за цими результатами приймати рішення про укладання Договору страхування.

- 7.3. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 7.4. Договір страхування може бути укладений на умові включення однієї або декількох Програм страхування, зазначених в Додатку №1 цих Правил.
- 7.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інші умови набуття чинності не передбачені Договором страхування.
- 7.6. Зміна умов Договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви другою стороною та оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.
- 7.7. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижні до запропонованого терміну внесення змін.
- 7.8. Якщо будь-яка зі сторін не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.
- 7.9. З моменту отримання Заяви однією стороною до моменту прийняття рішення про зміну умов Договору страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

## **8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **8.1. Страхувальник має право:**

- 8.1.1. укладати договори власного страхування та страхування третіх осіб;
- 8.1.2. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування;
- 8.1.3. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому цими Правилами та чинним законодавством України;
- 8.1.4. оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.

### **8.2. Страхувальник зобов'язаний:**

- 8.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;
- 8.2.2. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
- 8.2.3. повідомити Страховика про інші діючі договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи;
- 8.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;
- 8.2.5. негайно звернутися до Асистуючої компанії або до представника Страховика в разі необхідності отримання медичної допомоги у порядку, зазначеному в Договорі страхування;
- 8.2.6. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків при самостійній оплаті медичної допомоги.

### **8.3. Страховик має право:**

- 8.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію стосовно об'єкту страхування;
- 8.3.2. надсилати запити до Медичних закладів та компетентних органів для з'ясування обставин настання страхового випадку, самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку;
- 8.3.3. на проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;
- 8.3.4. відстрочити здійснення страхової виплати до з'ясування обставин та наслідків події, що має ознаки страхового випадку;
- 8.3.5. у випадку зміни ступеня страхового ризику, запропонувати Страхувальнику змінити або доповнити умови Договору страхування, в тому числі вимагати сплати додаткової страхової премії;
- 8.3.6. відмовити у страховій виплаті або зменшити розмір страхової виплати відповідно до умов Договору страхування, цих Правил і чинного законодавства України;
- 8.3.7. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому цими Правилами;

8.3.8. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому цими Правилами та чинним законодавством України.

#### 8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

8.4.2. протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки Страховику стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

8.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати Страхувальнику шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

8.4.4. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.5. Якщо Застрахованою особою є малолітня дитина, то її права та обов'язки, передбачені цими Правилами та Договором страхування, здійснюють її законні представники.

8.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика, що не суперечать чинному законодавству України.

### 9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. В разі необхідності отримання медичної допомоги, Застрахована особа повинна негайно звернутися до Асистуючої компанії або до представника Страховика у порядку, зазначеному у Договорі страхування. При цьому Застрахована особа повинна повідомити наступну інформацію: своє прізвище та ім'я, номер та серію Договору страхування, строк дії Договору страхування, своє місцезнаходження та контактний телефон, причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям) та дотримуватися подальших інструкцій співробітника Асистуючої компанії або Страховика.

9.2. У виключних ситуаціях, коли стан здоров'я Застрахованої особи загрожує її життю або у випадках, коли неможливо встановити зв'язок із Асистуючою компанією, Застрахована особа може самостійно звернутися за медичною допомогою до будь-якого Медичного закладу, який може надати таку допомогу. При цьому необхідно обов'язково інформувати лікаря Медичного закладу про наявність Договору страхування із Страховиком. В цьому випадку Застрахована особа самостійно оплачує вартість медичних послуг та/або медикаментів, необхідних для отримання медичної допомоги. Страховик відшкодовує Застрахованій особі такі витрати у порядку, передбаченому п. 10.2. Правил.

9.2.1. В разі самостійного отримання медичної допомоги, Застрахована особа або її представник повинен повідомити про це Асистуючу компанію або представника Страховика негайно, як тільки з'явиться така можливість, але не пізніше 48 годин з моменту отримання такої допомоги, якщо інший термін не передбачений Договором страхування.

9.3. Конкретна послідовність дій Страхувальника (Застрахованої особи) у разі настання страхового випадку зазначається в Договорі страхування.

### 10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТ

10.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі відповідно до Програми страхування, шляхом перерахування коштів Медичному закладу, який надавав медичну допомогу. Перелік документів, необхідних для здійснення страхової виплати, визначається у договорі про співпрацю між Страховиком та Медичним закладом або Асистуючою компанією.

10.2. При самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичної допомоги, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі на підставі:

10.2.1. письмової заяви;

10.2.2. оригіналу Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату);

10.2.3. виписки з історії хвороби або медичної карти амбулаторного (стаціонарного) лікування хворого із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, завіреної печаткою Медичного закладу та підписаної відповідальною особою;

- 10.2.4. квитанцій та/або інших розрахункових документів медичного закладу про оплату медичних послуг;
  - 10.2.5. фіскальних та товарних чеків з аптек про придбані медикаменти (із зазначенням назви медикаментів та їх вартості);
  - 10.2.6. документу, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.
- 10.3. Умовами Договору страхування може бути передбачена необхідність надання Страховику інших документів, передбачених чинним законодавством України.

## **11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

11.1. Страховик здійснює страхові виплати шляхом оплати вартості медичної допомоги (в т.ч. вартості медикаментів, витратних матеріалів), наданої Застрахованій особі при умові настання страхового випадку та в обсязі, передбаченому Програмою страхування.

11.2. Страхова виплата здійснюється Страховиком:

11.2.1. шляхом оплати рахунків Медичних закладів за вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги. Сума страхової виплати перераховується Медичному закладу, який надавав Застрахованій особі медичні послуги та/або забезпечував медикаментами.

11.2.2. безпосередньо Застрахованій особі у випадку, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість медичної допомоги. Для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику документи, зазначені в розділі 10 цих Правил.

11.3. Страховик здійснює страхові виплати в межах страхової суми та/або лімітів відповідальності Страховика, зазначених в Договорі страхування. У випадку, якщо Договором страхування передбачена франшиза, то страхова виплата здійснюється з вирахуванням суми франшизи.

11.4. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховим випадком, що сталися із Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму та/або ліміт відповідальності Страховика, встановлений у Договорі страхування.

## **12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

12.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують факт настання події, що має ознаки страхового випадку та розмір збитків.

12.2. Здійснення страхової виплати проводиться протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати.

12.3. У випадку прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 3 (трьох) робочих днів після прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.

## **13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

13.1. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1. навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним 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 цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2. вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

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

13.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.1.5. отримання Застрахованою особою медичних послуг, обсяги та види яких не передбачені Договором страхування;

13.1.6. інші випадки, передбачені законодавством України.

13.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, що не суперечать законодавству України.

#### **14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

14.1.1. закінчення строку дії;

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

14.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування 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 страхування;

14.1.4. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством;

14.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

14.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено 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 страхування та законодавством України.

14.3. Про намір достроково припинити Дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

14.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.5. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.6. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія була внесена в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

#### **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

15.1. Спори за Договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

15.2. Якщо сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

#### **16. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

16.1. Ці Правила визначають загальні умови здійснення добровільного медичного страхування. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені (виключені або доповнені) за згодою між Страховиком та Страхувальником.

16.2. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути включені інші додаткові умови, програми та положення, що не суперечать чинному законодавству України.



## 1. Програми страхування

### 1.1. (01) Амбулаторно-поліклінічна допомога

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі, при лікуванні в умовах денного стаціонару: консультації лікарів в амбулаторних умовах, виклик лікаря додому або до місця роботи, лабораторні, інструментальні та інші види досліджень, консервативне та оперативне лікування, профілактичні послуги, оформлення медичної документації тощо. Програма може включати забезпечення медикаментами та витратними матеріалами. Конкретний перелік медичних послуг зазначається в Договорі страхування.

### 1.2. (02) Стаціонарна допомога

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при лікуванні в умовах стаціонару: екстрена та/або планова госпіталізація, консультації лікарів, лабораторні, інструментальні та інші види досліджень, лабораторні тести, консервативне лікування, оперативне лікування, забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, перебування в палатах відповідного класу, оплата харчування, оформлення медичної документації тощо. Конкретний перелік медичних послуг зазначається в Договорі страхування.

### 1.3. (03) Швидка медична допомога

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при наданні швидкої медичної допомоги: виїзд бригади швидкої медичної допомоги, встановлення попереднього діагнозу, проведення невідкладних лікувально-діагностичних заходів на місці виклику, забезпечення медикаментами та витратними матеріалами, при необхідності здійснюється транспортування та негайна госпіталізація до Медичного закладу.

### 1.4. (04) Стоматологічна допомога

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату екстреної та/або планової стоматологічної медичної допомоги, що надається Застрахованій особі: консультації лікарів, діагностичні заходи, рентгенологічні та інші види досліджень, консервативне лікування, оперативне лікування тощо. Конкретний перелік медичних послуг зазначається в Договорі страхування.

### 1.5. (05) Медикаментозне забезпечення

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату вартості лікарських засобів та витратних матеріалів для лікування Застрахованої особи в амбулаторних умовах та/або умовах стаціонару та/або при наданні швидкої медичної допомоги.

### 1.6. (06) Діагностика

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату вартості консультацій, обстежень, проведення лабораторних, інструментальних та/або інших видів досліджень в амбулаторних та/або стаціонарних умовах. Конкретний перелік медичних послуг зазначається в Договорі страхування.

### 1.7. (07) Комплексна програма

Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається при амбулаторно-поліклінічному лікуванні та/або стаціонарному лікуванні та/або послуг бригад швидкої та невідкладної медичної допомоги та/або стоматологічної допомоги.

**1. Розміри базових страхових тарифів  
по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я)  
(у відсотках від страхової суми).**

1.1. Базові страхові тарифи

Програма страхування	Базовий страховий тариф
(01) Амбулаторно-поліклінічна допомога.	5,5
(02) Стаціонарна допомога.	3,0
(03) Швидка медична допомога.	8,1
(04) Стоматологічна допомога.	10,0
(05) Медикаментозне забезпечення.	3,5
(06) Діагностика.	2,0
(07) Комплексна програма.	2,3

1.2. В кожному конкретному випадку при встановленні страхових тарифів залежно від ступеня ризику, умов страхування, віку, професії, кількості застрахованих осіб, розміру страхової суми, лімітів відповідальності Страховика, застосування франшизи, категорії медичних закладів, переліку виключень із страхових випадків, строку страхування, кількості осіб, що страхуються одночасно та інших істотних факторів, визначених у Договорі страхування, можуть застосовуватись коригуючі коефіцієнти від 0,2 до 5,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику.

1.3. При укладанні Договору страхування на термін до одного року розмір тарифу може розраховуватися 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	0,25	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,85	0,90	0,95	0,98

1.4. Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій  
(Сертифікат № 014 від 17.09.1999)



(Поплавський О.О.)

Прошито і пронумеровано  
11 (одинадцять) аркушів

Голова Правління

Фурсевич П.П.

Державна комісія з регулювання ринків  
фінансових послуг України

**ЗАРЕЄСТРОВАНО**

Дир. Департаменту з питань  
нагляду за ринками фінансових послуг  
Фурсевич П.П.

Підпис

Дата 05.04.27

Реєстраційний номер 03.7.08.916

