

**Закрите акціонерне товариство  
«ПЕРША СТРАХОВА КОМПАНІЯ»**

**“ЗАТВЕРДЖУЮ”**  
Генеральний директор  
ЗАТ «Перша страхова компанія»



**ПРАВИЛА  
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ  
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**  
*(НОВА РЕДАКЦІЯ)*

2008 рік

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Закрите акціонерне товариство “Перша страхова компанія ” (надалі - Страховик) відповідно до умов цих Правил добровільного страхування медичних витрат (надалі – Правила) укладає Договори страхування медичних витрат з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники).

1.2. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.3. Страхувальники мають право при укладанні Договорів страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## 2. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

**Аптека** - фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

**Асистуюча компанія** – посередник між Страховиком та медичним закладом, що організовує надання Застрахованій особі допомоги, пов'язаної зі страховим випадком, передбаченої Договором (Програмою) страхування.

**Договір страхування** - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (надати допомогу, виконати послуги) Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

**Застрахована особа** – фізична особа, чиє життя і здоров'я є об'єктом страхування. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я, він одночасно є Застрахованою особою.

**Ліміт відповідальності Страховика** – гранична (максимальна) сума, яка може бути виплачена Страховиком при настанні страхового випадку, відповідно до умов укладеного Договору страхування.

**Медичний заклад** - заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Договором медичного страхування.

**Нещасний випадок** - раптова, незалежна від волі Застрахованої особи короткочасна подія, що фактично відбулась, і внаслідок якої стався розлад здоров'я Застрахованої особи (травматичне пошкодження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, отруйними рослинами тощо).

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

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

**Страховий випадок** - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

**Страховий платіж** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

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

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

**Травма** – фізичне пошкодження тіла внаслідок впливу зовнішньої сили, що супроводжується порушенням цілісності і (або) функцій тканин та органів людського тіла і спричиняє найрізноманітніші відкриті та закриті ушкодження.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та непередбаченими медичними витратами Застрахованої особи.

### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

4.1. Страхова сума по Договору страхування визначається за згодою сторін. В Договорі страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому.

4.2. Страхова сума може бути визначена як граничний рівень страхового забезпечення, який визначається згідно з переліком та вартістю медичних послуг, програм страхування, передбачених Договором страхування.

4.3. Договір страхування, по якому проводились страхові виплати, зберігає чинність до кінця терміну страхування. Страхова сума при цьому зменшується на суму страхової виплати.

4.4. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми, визначеної Договором страхування.

### **5. СТРАХОВІ РИЗИКИ**

5.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких проводиться страхування є:

5.1.1. хвороба Страхувальника (Застрахованої особи);

5.1.2. вагітність та пологи Страхувальника (Застрахованої особи);

5.1.3. травма Страхувальника (Застрахованої особи);

5.1.4. смерть Страхувальника (Застрахованої особи) під час лікування у медичному закладі.

5.2. За умовами цих Правил, якщо в Договорі страхування не буде вказано інше, страховими випадками є документально підтверджені витрати на:

5.2.1. медичні послуги та медикаментозне забезпечення по лікуванню та/або реабілітації, та/або догляду у зв'язку з хворобою Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.2. медичні послуги та медикаментозне забезпечення при вагітності та/або пологах Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.3. медичні послуги та медикаментозне забезпечення по лікуванню та/або реабілітації, та/або догляду у зв'язку з травмою Страхувальника (Застрахованої особи);

5.2.4. медичну евакуацію спеціалізованим автомобільним транспортом;

5.2.5. репатріацію тіла Страхувальника (Застрахованої особи) у разі смерті, що настала під час лікування в медичному закладі.

### **6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

6.1. Не визнаються страховими випадками витрати Страхувальника (Застрахованої особи), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, у зв'язку з :

6.1.1. епідемічними та пандемічними захворюваннями;

6.1.2. венеричними захворюваннями, імунодефіцитними станами;

6.1.3. новоутвореннями, крім вперше виявлених, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом трьох місяців після набуття чинності Договором;

6.1.4. захворюваннями крові та кровотворних органів;

- 6.1.5. лікуванням туберкульозу;
  - 6.1.6. неврологічними захворюваннями (за винятком невритів);
  - 6.1.7. лікуванням психічних захворювань;
  - 6.1.8. лікуванням професійних захворювань;
  - 6.1.9. лікуванням вроджених аномалій (вад розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
  - 6.1.10. лікуванням алкоголізму, наркоманії та токсикоманії;
  - 6.1.11. лікуванням чоловічого та жіночого безпліддя та операціями по зміні статі;
  - 6.1.12. штучним заплідненням, заходами по запобіганню вагітності, перериванням вагітності;
  - 6.1.13. фізіологічними змінами стану здоров'я (вагітність, облісіння тощо), нормальним чи патологічним перебігом вагітності, за винятком позаматкової вагітності, родорозрішенням, в т.ч. операцією кесарева розтину;
  - 6.1.14. всіма видами косметичних та пластичних операцій та процедур;
  - 6.1.15. гострою та хронічною променевою хворобою;
  - 6.1.16. лікуванням цукрового діабету (крім коматозних станів);
  - 6.1.17. всіма видами протезування, а також імплантацією різного роду імплантантів;
  - 6.1.18. оперативним втручанням з приводу аортокоронарного шунтування;
  - 6.1.19. придбанням та ремонтом допоміжних засобів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, кардіостимуляторів, корсетів, милиць, інвалідних візків, вимірювальних приладів тощо), придбання загальнозміцнювальних препаратів, засобів гігієни, забезпечення дозованими інгаляторами для зняття бронхоспазму, спейсерами, небулайзерами;
  - 6.1.20. проведенням гемодіалізу при хронічній нирковій недостатності;
  - 6.1.21. замороженням та пересадкою живих клітин та кісткового мозку;
  - 6.1.22. придбанням органів, які трансплантуються, їх пошуком і доставкою, а також оплатою донорів;
  - 6.1.23. придбанням медикаментозно-діагностичних засобів, не призначених лікуючим лікарем або не дозволених до застосування в Україні;
  - 6.1.24. самолікуванням - вживанням ліків без призначення лікаря;
  - 6.1.25. проведенням обов'язкових диспансерних оглядів та обстежень, пов'язаних з ними;
  - 6.1.26. лікуванням нетрадиційними методами, наданням послуг медичними установами, які не мають відповідної ліцензії, або особою, яка не має права на здійснення лікарської діяльності.
- 6.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші винятки та обмеження страхування.

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

- 7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника при укладанні Договору страхування.
- 7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу
- 7.3. готівкою у касу Страховика або безготівково на поточний рахунок Страховика, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 7.4. Територія дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

## **8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

- 8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, що встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Подання заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укласти Договір страхування.
- 8.2. При укладанні Договору страхування Страховик має право на запит інформації про стан здоров'я Страхувальника, необхідної для оцінки ступеню ризику. У разі ненадання

Страховальником такої інформації, Страховик має право відмовити в укладанні з ним Договору страхування.

8.3. Договір страхування може бути укладений на випадок настання одного або декількох страхових випадків.

8.4. Договір страхування може бути укладений на підставі Базових програм страхування, які наведені в розділі 18 цих Правил.

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

## **9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **9.1. Страховальник має право:**

9.1.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату, медичну допомогу, або послуги у обсязі, розмірі та порядку, передбачених Договором страхування;

9.1.2. на дострокове припинення дії Договору страхування згідно з Розділом 15 цих Правил;

9.1.3. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування;

9.1.4. змінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку;

9.1.5. за письмовою заявою отримати дублікат Договору страхування у разі втрати оригіналу.

### **9.2. Страховальник зобов'язаний:**

9.2.1. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та у строки, обумовлені у Договорі страхування;

9.2.2. при укладанні Договору страхування надати Страховику достовірну інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі своєчасно інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.2.3. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений Договором страхування;

9.2.4. якщо інше не передбачено Договором страхування, подати протягом 10 (десяти) днів після закінчення лікування всі необхідні документи щодо настання страхового випадку для подальшого здійснення страхової виплати;

9.2.5. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;

### **9.3. Страховик має право:**

9.3.1. перевіряти інформацію, надану Страховальником для укладення Договору страхування;

9.3.2. при укладанні Договору страхування та при настанні події, що має ознаки страхового випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи для оцінки фактичного стану її здоров'я;

9.3.3. відмовити Страховальнику у страховій виплаті у випадках, передбачених умовами Договору страхування та цими Правилами;

9.3.4. при наявності причини для сумнівів щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати, відкласти страхову виплату на строк, обумовлений Договором страхування, до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами.

### **9.4. Страховик зобов'язаний:**

9.4.1. ознайомити Страховальника з умовами Договору страхування та цими Правилами.

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

9.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страховальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами

Договору страхування або законом;

9.4.4. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.5. У разі смерті Страхувальника, який уклав договір особистого страхування 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

9.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

## **10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

10.1. Страхувальник (Застрахована особа) у строк, передбачений Договором страхування, повинен повідомити Страховика про настання страхового випадку.

10.2. У випадку недотримання строків повідомлення про настання страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) повинен обґрунтувати причини у письмовій формі, на вимогу Страховика.

10.3. У разі настання події, на випадок якої здійснювалося страхування, Страхувальник (Застрахована особа)/Вигодонабувач в строк, встановлений Договором страхування, повинен звернутися до Страховика/Асистуючої компанії для координації своїх дій, якщо інше не обумовлено Договором страхування, або для отримання медичної допомоги - до медичного закладу, визначеного у Договорі страхування.

## **11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

11.1. Страховик здійснює страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.1.1. заяви Страхувальника (Застрахованої особи) наданої в строк, вказаний в Договорі страхування;

11.1.2. Договору страхування;

11.1.3. листка непрацездатності;

11.1.4. витягу з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого з зазначенням діагнозу, дати звернення, переліком і кількістю призначених медикаментів, засвідченої підписом, печаткою лікуючого лікаря та штампом медичного закладу;

11.1.5. оригіналів розрахункових документів (чеків, квитанцій), що підтверджують факт придбання медикаментозно-діагностичних засобів;

11.1.6. документа, що посвідчує особу та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера Страхувальнику (Застрахованій особі).

11.2. Страховик здійснює страхову виплату медичному закладу на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.2.1. Акта-рахунку медичного закладу;

11.2.2. довідки медичного закладу про надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі).

11.2.3. документів, що підтверджують надання послуг: звіту про надання медичної допомоги Застрахованій особі за встановленою Страховиком формою, акта виконаних робіт, погоджених зі Страховиком тощо.

11.3. Страховик здійснює страхову виплату Аптеці на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.3.1. рецептів на придбання медикаментів, виписаних лікуючим лікарем у зв'язку із захворюванням, зі штампом медичного закладу;

11.3.2. рахунки аптеки зі значенням вартості кожного препарату.

11.4. Страховик здійснює страхову виплату Асистуючій компанії на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.4.1. Звіту про надання медичної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) ;

11.4.2. Акта виконаних робіт;

11.4.3. документів, що підтверджують надання послуг, погоджених зі Страховиком.

11.5. Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу на підставі наступних документів, якщо інше не обумовлено Договором страхування:

11.5.1. заяви Вигодонабувача;

11.5.2. Договору страхування;

11.5.3. Свідоцтва про смерть Страхувальника (Застрахованої особи);

11.5.4. документів, що підтверджують витрати на репатріацію, погоджені зі Страховиком;

11.5.5. документа, що посвідчує особу.

11.6. Документи надаються у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників чи простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальним примірником документа.

11.7. З урахуванням обставин події, що відбулась, Страховик має право вимагати додаткові документи стосовно страхового випадку.

11.8. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

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

Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акта, який складається страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком..

12.1. У разі настання страхового випадку за п.п. 5.2.1.-5.2.4. цих Правил Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування:

12.1.1. Страхувальнику (Застрахованій особі);

12.1.2. Медичному закладу - вартості наданої Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги в межах страхової суми, визначеної Договором страхування. Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 48 годин, якщо інше не передбачено договором про співпрацю з медичним закладом;

12.1.3. Аптеці за надані медикаментозно–діагностичні засоби, призначені Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку із страховим випадком, в межах страхової суми, визначеної Договором страхування.

12.1.4. Асистуючій компанії, яка організовує надання медичної допомоги Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку із страховим випадком, в межах страхової суми, визначеної Договором страхування.

12.2. Страховик здійснює страхову виплату Вигодонабувачу при настанні страхового випадку згідно з п.5.2.5. цих Правил на підставі умов Договору страхування.

12.3. Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акта, складеного за формою, встановленою Страховиком.

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

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком всіх

необхідних документів і оформляється страховим актом за формою, встановленою Страховиком.

13.2. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку страхової виплати Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів повідомляє Страхувальника (Вигодонабувача) письмово з викладенням мотивації прийняття рішення або обґрунтуванням причин відмови.

13.3. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадського або службового обов'язків, в стані необхідної оборони (без перевищення її межі) 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 чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення страхувальником-фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

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

14.1.5. інші випадки, передбачені законом.

14.2. Якщо інше не передбачено Договором страхування, не визнаються страховими випадками витрати, які виникли внаслідок:

14.2.1. замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи), крім випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб;

14.2.2. війни (оголошеної чи неоголошеної), громадянської війни, воєнних дій, військових заходів, громадських заворушень різного роду або страйків, служби у збройних силах та формуваннях,

14.2.3. ядерного вибуху, дії радіації, радіоактивного, хімічного, бактеріологічного забруднення, природних катаклізмів;

14.2.4. вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, медикаментів, не призначених лікарем.

14.3. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

#### **15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

15.1. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Страховика та Страхувальника, а також у разі:

15.1.1. закінчення строку дії;

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

15.1.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10



(десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

15.1.4. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22,23 і 24 Закону України «Про страхування».

15.1.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Якщо Страхувальник прострочив внесення страхового платежу і не сплатив його протягом 10 (десяти) робочих днів після пред'явлення Страховиком письмової вимоги про сплату страхового платежу, Страховик може відмовитися від Договору страхування, якщо інше не встановлено Договором страхування.

15.3. Страхувальник або Страховик зобов'язаний повідомити іншу сторону про свій намір відмовитися від Договору страхування не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дня припинення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.4. Якщо Страхувальник відмовився від Договору страхування, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

Якщо відмова Страхувальника від Договору страхування обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, Страховик повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

15.5. Якщо Страховик відмовився від Договору страхування, Страховик повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

Якщо відмова Страховика від Договору обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, Страховик повертає Страхувальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

15.6. Дія Договору 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.

15.7. Всі зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін та оформляються письмово додатковим документом, що стає невід'ємною частиною Договору страхування з моменту його підписання Страхувальником та Страховиком.

## **16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

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

16.2. Якщо Страховик та Страхувальник під час переговорів не дійшли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

## **17. СТРАХОВІ ТАРИФИ**

17.1. Страхові тарифи обчислюються Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін.

17.2. Страхові платежі визначаються Страховиком з урахуванням строку та умов страхування відповідно до страхових тарифів. В залежності від строку страхування, рівня страхового

забезпечення, Програм страхування, конкретних обставин та умов страхування, Страховик застосовує коригуючі коефіцієнти. Страхові тарифи наведені у Додатку №1 до цих Правил.

17.3. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладанні Договору страхування або частинами у строк, вказаний у Договорі страхування.

17.4. Страхувальники (Застраховані особи) – резиденти, сплачують платежі у грошовій одиниці України, нерезиденти – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

17.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником на поточний рахунок Страховика безготівково або готівкою у касу Страховика.

17.6. Договором страхування може передбачатися франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком. Розмір франшизи залежить від обраних Страхувальником умов страхування і зазначається в Договорі страхування.

## **18. БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ**

### **18.1. А «Амбулаторно-поліклінічна допомога»**

Організація надання та оплата вартості комплексної амбулаторно-поліклінічної допомоги при гострих, загостренні хронічних захворювань або травмах на діагностичному та лікувальному етапах у поліклінічних відділеннях медичних закладів та вдома: виклик лікаря додому; консультації лікарів з приводу захворювання або травми; проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень; фізіотерапевтичне лікування; оперативне втручання; забезпечення медикаментозно-діагностичними засобами; диспансерне спостереження тощо.

### **18.2. В «Стаціонарна допомога»**

Організація надання та оплата вартості послуг комплексної екстреної або планової стаціонарної допомоги при гострих, загостренні хронічних захворювань або травмах на діагностичному та лікувальному етапах: лікування у профільних відділеннях (кардіологія, гастроентерологія, алергологія, гематологія, гінекологія, дерматологія, неврологія, нейрохірургія, отолярингологія, офтальмологія, педіатрія, пульмонологія, терапія, судинна хірургія, торокальна хірургія, урологія, нефрологія, ендокринологія, загальна хірургія, ендоскопічна хірургія та інших); консультації лікарів з приводу захворювання; проведення необхідних діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень; проведення лікувальних процедур; хірургічного, терапевтичного лікування; забезпечення медикаментозно-діагностичними засобами; фізіотерапевтичне лікування; перебування у палатах підвищеної комфортності тощо.

### **18.3. С «Сервіс»**

Організація надання та оплата вартості додаткових сервісних послуг впродовж перебування в стаціонарі: перебування в палаті підвищеного комфорту; надання окремої особи з числа молодшого чи середнього медичного персоналу (медична сестра, няня) для постійного спостереження та проведення необхідних маніпуляцій; додаткове харчування тощо.

### **18.4. Д «Реабілітація»**

Організація надання та оплата вартості медичної допомоги з приводу відновлення здоров'я та працездатності у фізіотерапевтичних центрах лікарень, санаторіях та профілакторіях, реабілітаційних закладах за профілем захворювання, яка включає: лікувальну фізкультуру; водо- та бальнеотерапію; оздоровчий масаж (класичний, точковий, сегментарний); лікувальну сауну; мануальну терапію; механотерапію; лазеро- та магніто терапію; електролікування; фітотерапію тощо.

#### 18.5. Е «Невідкладна медична допомога»

Організація надання та оплата вартості цілодобової екстреної медичної допомоги, яка здійснюється бригадами невідкладної допомоги, в тому числі спеціалізованими бригадами: проведення первинної консультації; встановлення попереднього діагнозу; складання програми невідкладного лікування; проведення діагностичних процедур; експрес-діагностика (ЕКГ, аналіз крові на цукор, загальний аналіз крові та сечі, при показах – ультразвукове дослідження); забезпечення необхідними медикаментозно-діагностичними засобами для надання невідкладної медичної допомоги; виконання медичних процедур та маніпуляцій на місці (ін'єкції, вливання лікарських препаратів, первинна обробка ран, перев'язки, надання кисню тощо); екстрене медичне транспортування для надання спеціалізованої допомоги тощо.

#### 18.6. F «Профілактика»

Організація та оплата вартості профілактики захворювань (вітамінотерапія, імуномодулятори, комплекс водних процедур, лікувальна фізкультура тощо); попередній огляд лікаря перед призначенням планового оздоровлення; профілактичні медичні огляди; повне обстеження стану здоров'я тощо.

#### 18.7. G «Діагностика»

Організація консультації та оплата вартості: послуг лікарів (в т.ч. лікарів вузькопрофільної спеціалізації) з приводу захворювання у медичних закладах; проведення функціонально-діагностичних, рентгенологічних, ендоскопічних, лабораторних та інших досліджень, які необхідні для встановлення діагнозу, забезпечення медикаментозними засобами для проведення діагностичних досліджень.

#### 18.8. H «Сімейний лікар»

Організація надання та оплата вартості медичних послуг сімейним лікарем: консультації; лікування; організація консультацій у профільних спеціалістів (за необхідності); координація призначень; виявлення захворювань на ранній стадії; проведення превентивної терапії тощо.

#### 18.9. I «Стоматологічна допомога»

Організація надання та оплата вартості стоматологічної медичної допомоги: огляд лікарем-стоматологом; консультації; проведення рентгену; терапевтичне лікування; лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту; хірургічне лікування; анестезія; пломбування каналів зубів, лікування хронічних захворювань зубів та прилеглих тканин у фазі ремісії; профілактичний стоматологічний огляд; рекомендації за правильним доглядом за зубами; зняття зубного каменю та відновлення природного кольору зубів; штифтування зубів; ортодонтичні послуги (вирівнювання зубного ряду); імплантація тощо.

#### 18.19. K «Ведення вагітності»

Організація надання та оплата вартості медичних послуг протягом вагітності, зокрема: комплекс обстеження та нагляд під час вагітності до пологів акушер-гінекологом; консультації лікарів-спеціалістів (терапевт, окуліст, стоматолог, ЛОР, хірург, ендокринолог); проведення комплексу лабораторних та інструментальних досліджень; перебування у стаціонарі (госпіталізація), перебування в палатах підвищеної комфортності тощо.

#### 18.9. M «36 тижнів»

Організація надання та оплата вартості медичних послуг починаючи з 36 тижня вагітності: прийом лікаря акушер-гінеколога зі складанням плану майбутніх пологів; індивідуальне ведення вагітності та пологів; функціональні методи дослідження (аналізи, мазки, УЗД тощо); забезпечення медикаментозно-діагностичними засобами; пологи в окремому боксі; присутність

при пологах члена родини (за бажанням); перебування породіллі та новонародженого у палаті підвищеної комфортності тощо.

За необхідності оперативного втручання (кесарів розтин): консультація анестезіолога, окуліста, забезпечення одноразовим інструментарієм, медикаментозно-діагностичними засобами тощо.

#### 18.10. **Н** «Нетрадиційна медицина»

Організація надання та оплата вартості послуг із застосуванням методів нетрадиційної медицини: мануальна терапія, ароматерапія, апітерапія, гірудотерапія, рефлексотерапія, тибетська терапія, аюрведична терапія, спелеотерапія, дельфінотерапія тощо; діагностичних обстежень: іридодіагностика, акупунктурна діагностика, електропунктурна діагностика по Фолю тощо

#### 18.11. **О** «Пологи»

Організація надання та оплата вартості комплексної медичної допомоги під час пологів та післяпологового періоду, зокрема: ведення пологів (фізіологічних або патологічних); спостереження за породіллю та новонародженим; обстеження; необхідні консультації; госпіталізація; перебування в платах підвищеної комфортності тощо.

#### 18.12. **Р** «Офісний лікар»

Організація надання та оплата вартості діагностичної, консультативної, медичної допомоги працівникам підприємств, установ, організацій.

Забезпечення офісною аптечкою, укомплектованою медикаментами.

#### 18.13. **Р** «Вакцинація»

Організація проведення та оплата вартості вакцинації від інфекційних захворювань: грип, гепатит, дифтерія тощо, кращими вакцинами; попередній огляд лікаря; спостереження після щеплення.

У разі виникнення захворювання – компенсація витрат на лікування або здійснення одноразової виплати, обумовленої Договором страхування.

#### 18.14. **С** «Оберіг»

Здійснення одноразової виплати, обумовленої Договором страхування, або оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів для лікування вперше виявлених захворювань (інфаркту міокарда, порушення мозкового кровообігу, цукрового діабету, новоутворень тощо), або захворювання, що вимагає оперативного втручання, стаціонарного / амбулаторного лікування.

#### 18.15. **Т** «Здорове покоління»

Організація надання та оплата вартості необхідної медичної допомоги на діагностичному та лікувальному етапах та профілактичних заходів дітям до 16 років при амбулаторному/стаціонарному лікуванні: постійний нагляд лікаря; консультації профільних спеціалістів; консультації ортопеда, фізіотерапевта, спеціаліста з лікувальної фізкультури; проведення диспансеризації для виявлення ризику розвитку захворювання; надання медичного висновку; при виявленні патології – додаткові консультації спеціалістів; лабораторна, інструментальна та інша діагностика; лікувальні процедури (фізіотерапія, ЛФК, масаж) тощо.

#### 18.16. **У** «Хірургія»

Організація надання та оплата вартості планової або ургентної оперативної допомоги, яка передбачає: оперативне втручання (операції): судинні, нейрохірургічні, урологічні, ендоскопічні, ендокринологічні, торокальні, абдомінальні, на печінці та підшлунковій залозі,

ендонозальні та інші; забезпечення медикаментами та одноразовим інструментарієм для проведення операції, шовним матеріалом; перебування у палатах інтенсивної терапії (за необхідності); необхідні діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження (УЗД, дослідження імунної системи, радіоізотопні дослідження, комп'ютерна томографія, магніто- та цитологічні дослідження, біохімічні дослідження, алергологічні проби, ендоскопічні та інші дослідження); проведення лікувально-оздоровчих заходів (гемосорбція, плазмафарез, ультрафіолетове опромінення крові, інші); додаткові консультації; забезпечення медикаментозно-діагностичними засобами згідно стандарту лікування; перебування у палатах підвищеної комфортності тощо.

#### 18.17. V «Медикаментозне забезпечення»

Оплата вартості медикаментозно-діагностичних засобів при амбулаторному або при стаціонарному лікуванні; доставка медикаментозно-діагностичних засобів.

#### 18.18. Z «Здоров'я жінки»

Організація надання та оплата медичних послуг гінекологічного профілю; профілактичний огляд; консультація мамолога та інших спеціалістів; проведення мамографії за необхідності тощо.

У випадку виявлення захворювань - лікування в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах; диспансерний нагляд.

#### 18.19. W «Медична евакуація та репатріація»

При медичній евакуації, необхідність якої підтверджується відповідними документами, - організація надання та оплата вартості транспортування спеціалізованим автомобільним транспортом до місця проживання; транспортування в спеціалізовані медичні заклади; транспортування спеціалізованим автомобільним транспортом від аеропорту/залізничного вокзалу до медичного закладу або місця проживання.

При репатріації – оплата вартості транспортування до місця проживання/поховання; придбання труни.

18.20. При укладанні Договору страхування Страховик і Страхувальник можуть узгодити як комбінацію Базових програм страхування, так і окремих послуг.

18.21. Конкретний перелік послуг, що організуються та оплачуються Страховиком, визначається в Договорі страхування.

### 19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

19.1. Страхування медичних витрат подорожуючих здійснюється відповідно до Додатка №2 «Особливі умови добровільного страхування медичних витрат подорожуючих» до цих Правил.

19.2. Положення, які не врегульовані в цих Правилах, регулюються чинним законодавством України

**Додаток №1 до  
Правил добровільного страхування  
медичних витрат**

Таблиця 1

**Базові (річні) страхові тарифи у відсотках (%) від страхової суми  
для страхової суми 1 000 грн.**

<b>Код програми</b>	<b>Програма</b>	<b>Страховий тариф</b>
<b>A</b>	Амбулаторно-поліклінічна допомога	3,6%
<b>B</b>	Стаціонарна допомога	16,7%
<b>C</b>	Сервіс	12,4%
<b>D</b>	Реабілітація	7,8%
<b>E</b>	Невідкладна медична допомога	7,2%
<b>F</b>	Профілактика	11,7%
<b>G</b>	Діагностика	9,6%
<b>H</b>	Сімейний лікар	4,4%
<b>I</b>	Стоматологічна допомога	29,5%
<b>K</b>	Ведення вагітності	10,2%
<b>M</b>	36 тижнів	12,1%
<b>N</b>	Нетрадиційна медицина	10,1%
<b>O</b>	Пологи	10,4%
<b>P</b>	Офісний лікар	3,6%
<b>R</b>	Вакцинація	10,7%
<b>S</b>	Оберіг	5,5%
<b>T</b>	Здорове покоління	12,8%
<b>U</b>	Хірургія	8,4%
<b>V</b>	Медикаментозне забезпечення	5,2%
<b>Z</b>	Здоров'я жінки	16,3%
<b>W</b>	Медична евакуація та репатріація	0,4%

## Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку страхування

Строк страхування	Коефіцієнти короткостроковості
до 3 місяців	0,5
до 6 місяців	0,8
до 9 місяців	0,9

Для кожної з програм конкретні розміри страхових тарифів встановлюються при укладанні договору страхування з врахуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,2** до **6**, що залежать від збитковості за попередній період, регіону, стану здоров'я, віку та кількості Застрахованих осіб, рівня медичного закладу та інших чинників, що впливають на величину ризику.

Якщо величина встановленої в Договорі страхової суми відмінна від страхової суми, на основі якої розраховані базові страхові тарифи, до базових страхових тарифів застосовується коригуючий коефіцієнт від **0,05** до **2**.

При страхуванні окремих послуг, що входять до складу програми, страховий тариф встановлюється з врахуванням коригуючого коефіцієнту від **0,1** до **1**.

У випадку застосування для окремих програм лімітів відповідальності до базових страхових тарифів по цих програмах можуть застосовуватись коригуючі коефіцієнти від **0,1** до **1**.

При застосуванні для окремих програм умовних чи безумовних франшиз страхові тарифи по цих програмах встановлюються з врахуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,1** до **1**.

У випадку комплексного страхування (страхування по кількох програмах) з загальною страховою сумою страховий тариф рівний сумі страхових тарифів по окремих страхових програмах з застосуванням коригуючого коефіцієнту від **0,1** до **1**.

При комплексному страхуванні (страхуванні по кількох програмах) з окремими страховими сумами страхові тарифи по цих програмах встановлюються з врахуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,2** до **1**.

У разі укладання договору страхування на термін менше одного року страхові платежі розраховуються з використанням коефіцієнтів короткостроковості.

Норматив витрат на ведення справи складає 30% від страхового платежу.

Актуарій  Січка Я.Б.

Свідоцтво №009 від 17 вересня 1999 р.

В цьому документі присутно  
та пронумеровано  
аркушів



регуляції  
послуг Укра  
ЗРЕЄСТРОВАНЕ  
Світ Кошкіт, дирекція  
генерального управління  
напрямку  
2180189  
09.03.08

підпис  
номер



**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказом Генерального директора  
Приватного акціонерного товариства

"Страхова компанія "Перша"

"17" листопада 2017 року

№ 64

Н.В. Безбах

ДЕРЖАВНА КОМПЕТЕНТНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНУЄ  
КОНТРОЛЬ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

**РЕЄСТРОВАНО**

Мені на загальних зборах  
Підпис: *Алла* Прізвище: *О. Максимчук*

Дата: *14.12.2017*

2 1 1 4 3 3 1



**ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 1**

**до Правил добровільного страхування**

**медичних витрат**

**затверджених 14.02.2008 р.**

1. **Доповнити пункт 2 Правил** добровільного страхування медичних витрат) (далі – Правила) та **пункт 1 Особливих умов** добровільного страхування медичних витрат подорожуючих (Додаток №2 до Правил, далі – Особливі умови) абзацами такого змісту:

**"Одноразовий ідентифікатор** – алфавітно-цифрова послідовність, що отримує особа, яка прийняла публічну пропозицію укласти договір страхування в електронній формі шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційній системі Страховика. Одноразовий ідентифікатор передається Страховиком особі, яка бажає укласти договір страхування в електронній формі засобом зв'язку вказаним під час реєстрації у його системі (на мобільній пристрій або електронну пошту), та додається (приєднується) до електронного повідомлення від особи, яка прийняла пропозицію укласти договір страхування.

**Публічна пропозиція (Оферта)** – пропозиція Страховика щодо укладення договору страхування, яка містить загальні умови страхування та може розміщуватися на сайті Страховика в мережі Інтернет або в іншому місці здійснення продажів страхових послуг."

2. **Доповнити Правила та Особливі умови пунктами 8.6–8.7** такого змісту:

"8.6. Договір страхування може бути укладений на основі Оферти з використанням інформаційно-телекомунікаційних систем:

– в електронній формі;

– в паперовій формі.

8.6.1. Для укладення договору страхування:

– в електронній формі – особа, яка бажає укласти договір страхування (далі – Клієнт), повинна зайти на web-сторінку Страховика в мережі Інтернет, обрати бажані умови страхування, заповнити електронну заявку та ознайомитися з Офертою;

– в паперовій формі – Клієнт повинен висловити своє бажання (в письмовій або іншій формі) Страховику, узгодити з ним умови страхування та ознайомитися з Офертою.

8.6.2. Безумовним прийняттям (акцептом) умов Оферти Клієнтом вважається сплата страхового платежу (його першої частини, якщо умовами Оферти передбачена сплата частинами) за договором страхування у повному обсязі на поточний рахунок Страховика із обов'язковим зазначенням в призначенні платежу П.І.Б./назви Клієнта, серії та номеру договору страхування (датою та часом оплати вважається дата та час надходження грошових коштів на рахунок Страховика).

8.6.3. Підписаним з боку Клієнта вважається договір, укладений:

– в електронній формі – шляхом використання Клієнтом одноразового ідентифікатора на web-сторінці Страховика, як електронного підпису, якщо інша процедура, що не суперечить чинному законодавству, не передбачена Офертою.

– в паперовій формі – шляхом проставляння підпису в договорі страхування.

8.6.4. Підписаним з боку Страховика вважається договір, укладений:

– в електронній формі – шляхом проставляння підпису уповноваженої особи та печатки в Оферті, а також засвідчення договору страхування електронним цифровим підписом відповідно до Закону України "Про електронний цифровий підпис" (що надсилається Страхувальнику електронною поштою), якщо інша процедура, що не суперечить чинному законодавству, не передбачена Офертою;

– в паперовій формі – шляхом проставляння підпису уповноваженої особи та печатки в Оферті та договорі страхування;

8.6.5. Сторони приймають на себе зобов'язання за будь-якої необхідності відтворити договір страхування, укладений в електронній формі, на паперовий носій. На письмову вимогу однієї зі сторін договір страхування оформлюється у письмовому вигляді протягом 2 (двох) робочих днів з моменту отримання такої вимоги та підлягає підписанню та проставляння печатки (у разі наявності) кожною зі сторін. У випадку, якщо одна зі сторін відмовляється від підписання такого договору страхування, такий спір розглядається у судовому порядку.

8.6.6. Договір страхування набирає чинності з часу та дати початку строку його дії, але не раніше моменту сплати страхового платежу в повному розмірі, якщо інше не передбачено Офертою чи договором страхування.

8.6.7. Після здійснення акцепту та набрання договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

8.7. Договори страхування, укладені відповідно до п.8.6 цього документу, вважаються такими, що укладені у письмовій формі із врахуванням вимог порядку укладення договорів страхування, визначених Законом України "Про страхування" та цими Правилами."

**3. Доповнити Правила пунктами 19.3 та 19.4 такого змісту:**

"19.3. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування.

19.4. За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та додаткові умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України."

**4. Доповнити Особливі умови розділом 18 такого змісту:**

"18. ІНШІ УМОВИ

18.1. Цими Особливими умовами регламентовано основні умови страхування.

18.2. За згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та додаткові умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Особливих умов та не суперечать чинному законодавству України."

В цьому документі прошито, пронумеровано та скріплено печаткою

3 (три) аркуші

Генеральний директор СК "Перша"

Н.В.Байдяк

