

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказом Генерального директора
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "Перша"
від "30" серпня 2017 року
№ 51



Н.В. Безбах

Державний реєстр, що здійснює
реєстрацію в Єдиному державному реєстрі фінансових послуг

РЕЄСТРОВАНО

Мета: *Забезпечити надання медичних послуг*

Підпис: *О. Максимчук*

05.10.2017

0	3	1	7	2	6	3
---	---	---	---	---	---	---

ПРАВИЛА

**добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)**

№03

ЗМІСТ

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	6
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	6
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА	9
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	9
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	12
10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ	12
11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	13
12. ДІЇ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	15
13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТИ	16
14. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	17
15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	17
16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	18
17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	19
18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	19
19. ОСОБЛИВІ УМОВИ	19
20. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ТАРИФУ	20

ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

В цих Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – **Правила**) терміни та визначення вживаються в такому значенні:

Страховик – Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Перша", від імені якої укладається договір страхування.

Страхувальник – дієздатна фізична або юридична особа, незалежно від форми власності, резидент чи нерезидент України, яка укладає зі Страховиком договір страхування.

Застрахована особа – фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника за договором страхування. Застрахованою особою може виступати Страхувальник.

Вигодонабувач – фізична або юридична особа, яка призначена за згодою Страхувальника/Застрахованої особи для отримання страхових виплат якою за договором страхування може бути:

– медичний заклад, аптека чи інші установи, що надали Застрахованій особі послуги, що передбачені договором страхування;

– Застрахована особа – у разі сплати Застрахованою особою медичних послуг самостійно;

– будь-яка особа, яка вказана в Розпорядженні про призначення Вигодонабувача, складеного Страхувальником чи Застрахованою особою – у разі самостійної оплати медичних послуг.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги, що передбачена договором страхування і фактично надана Застрахованій особі медичним закладом, в межах обраної Страхувальником базової Програми медичного страхування та страхової суми, зазначеної в договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору страхування.

Страхова виплата – грошова сума в межах встановленої договором страхування страхової суми, яку Страховик, відповідно до умов договору страхування, повинен виплатити у разі настання страхового випадку.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату у разі настання страхового випадку.

Страховий випадок – подія, що передбачена договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

Страховий захист – зобов'язання Страховика, визначені договором страхування, щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, який стався в обумовлений договором страхування відрізок часу.

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

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

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

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з договором страхування.

Альтернативна консультація – консультація, яка обумовлена бажанням особи щодо отримання консультативного висновку іншого висококваліфікованого спеціаліста з приводу захворювання за яким вже є встановлений діагноз і надані рекомендації, та проводиться протягом 5 (п'яти) днів після його встановлення.

Амбулаторно-поліклінічні умови – система організації надання медичних послуг особам, клінічний стан яких не потребує безпосередньої участі або контролю медичного

персоналу під час лікування та постійного перебування такої особи в медичному закладі протягом усього призначеного курсу лікування.

Аптека – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами та/або виробами медичного призначення.

Асистанська компанія (Асистанс) – сервісна організація, що забезпечує надання послуг Застрахованій особі відповідно до договору страхування і в його межах, та яка має зі Страховиком договір про співпрацю.

Близькі родичі — батьки, чоловік/дружина, діти.

Гостре захворювання – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я особи, та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я особи, що існував до моменту початку такого захворювання.

Денний стаціонар – система організації надання медичних послуг особам, клінічний стан яких потребує безпосередньої участі або контролю медичного персоналу під час лікування (виконання маніпуляцій, процедур) лише в денний період без необхідності знаходження такої особи в медичному закладі цілодобово.

Діагностика захворювань із списку виключень – у разі, якщо з приводу одного захворювання лікарем встановлено декілька діагнозів під питанням, один із котрих є страховим, Страховик оплачує проведення диференційної діагностики між страховим та не страховим діагнозом, при цьому, тільки ті діагностичні заходи, які направлені на діагностику захворювань/станів, що не потрапляють до списку виключень.

Діагностика по результатах лікування – діагностика, проведення якої обумовлено необхідністю контролю якості проведеного лікування або збереженням скарг на розлад здоров'я після проведеного курсу лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення лікування.

Екстрене стаціонарне лікування (екстрена госпіталізація) – лікування в умовах стаціонару при якому госпіталізація здійснюється за термінової необхідності (життєвими показаннями) в продовж 24 годин з моменту настання перших ознак захворювання, та проводиться установами швидкої та невідкладної медичної допомоги або безпосередньо приймальним відділенням стаціонару.

Захворювання – погіршення фізичного та/або психічного стану особи, що може призвести до тимчасової втрати працездатності, інвалідності чи смерті без своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги (послуг).

Загострення захворювання – посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання) у особи, яке може призвести до погіршення стану чи смерті та вимагає надання медичних послуг.

Лікар – особа, яка має закінчену вищу освіту та отримала встановлені державою документи на право здійснення медичної практики.

Лікування хронічних захворювань в стадії ремісії – лікування захворювань, які мають виражені періоди перебігу хронічної хвороби, що характеризуються значним ослабленням або зникненням її ознак (симптомів) та не відносяться до списку виключень.

Невідкладна медична допомога – сукупність лікувальних заходів, що надаються особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травм, опіків, отруєнь та інших станів, що безпосередньо не загрожують її життю, але потребують невідкладного медичного втручання з метою запобігання значного і довгострокового впливу на його здоров'я в обсязі достатньому для стабілізації стану організму, а саме до моменту усунення гострих симптомів.

Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, та реабілітацію хворих й інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників.

Медична послуга – дія, яка має вартісну оцінку та спрямована на діагностику та лікування захворювання особи із залученням медичного та іншого персоналу медичного закладу чи асистанської компанії. До медичних послуг відносяться:

- огляд та консультація;
- діагностика захворювання – лабораторна, інструментальна, функціональна, радіоізотопна, рентгенологічна, ультразвукова, комп'ютерна та інші;
- обстеження та лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, у т.ч. в денному стаціонарі;
- обстеження та лікування в стаціонарних умовах;
- організація забезпечення медикаментами та іншими лікарськими засобами;
- проведення оперативних втручань різних категорій складності та надання наркозу;
- виконання медичних процедур та маніпуляцій;
- інші послуги, що передбачені Програмою страхування.

Медичні заклади – підприємства, установи та організації, що мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я.

Планове стаціонарне лікування (планова госпіталізація) – надання медичної допомоги особі в умовах стаціонару з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння та інших гострих змінах стану здоров'я, що не потребують надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

Повторна консультація – консультація по результатах досліджень та/або проведення лікування протягом 10 (десяти) днів після закінчення курсу лікування/результатів досліджень.

Стаціонарне лікування (госпіталізація) – система організації надання медичних послуг Застрахованим особам в умовах цілодобового перебування у лікувально-профілактичному закладі під спостереженням медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Стаціонарне лікування може бути плановим чи екстреним.

Стоматологічна допомога – надання медичної допомоги (послуг) у разі захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменя, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо). Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, терапевтичну стоматологію, хірургічну стоматологію, але не обмежується вищезазначеними послугами.

Ускладнення захворювання – новий медичний стан особи або нове захворювання анатомічно чи фізіологічно пов'язане з основним захворюванням та безпосередньою причиною його виникнення є захворювання, що вже існувало.

Хронічне захворювання – захворювання особи, що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та яке характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто з безсимптомністю та повільним перебігом, з періодами загострення та ремісії.

Хронічні захворювання в стадії ремісії зі списку виключень – хронічні захворювання поза загостренням (в стадії ремісії), а саме: хронічне захворювання (в т.ч. захворювання що відносяться до списку виключень), що поступово виникло самостійно або з різних причин перейшло з гострого захворювання та характеризується довготривалістю перебігу з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі та які на момент звернення не мають виражених клінічних проявів.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила розроблені відповідно до Цивільного кодексу України, вимог Закону України "Про страхування" та інших законодавчих актів України.

1.2. На підставі цих Правил та чинного законодавства України Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – **договір страхування**) зі Страхувальниками.

1.3. У разі укладення договору страхування Страхувальник має право призначати Вигодонабувача, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування.

1.4. Якщо інше не передбачене договором страхування, обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах та договорі страхування, поширюються також і на Застраховану особу та її Вигодонабувача. Вчинення такими особами діяльності (дій або бездіяльності) породжує такі самі правові наслідки, якби така діяльність (дії або бездіяльність) була вчинена Страхувальником.

1.5. Під час укладення договору страхування сторони можуть домовитися щодо незастосування окремих положень цих Правил, а також щодо доповнення договору страхування положеннями, відмінними від викладених у тексті цих Правил, за умови, що це не суперечить чинному законодавству України.

1.6. Добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) передбачає обов'язок Страховика за встановлену договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

1.6.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обов'язі обраної Страхувальником Програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої правилами та договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

1.6.2. відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи

3. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховими ризиками відповідно до цих Правил можуть бути такі події, що сталися з Застрахованою особою під час дії договору страхування:

3.1.1. гостре захворювання;

3.1.2. загострення хронічного захворювання;

3.1.3. настання нещасного випадку;

3.1.4. інші гострі зміни медичного чи фізіологічного стану.

3.2. Договір страхування може передбачати страхування від одного або декількох страхових ризиків, зазначених в п.3.1 цих Правил.

3.3. Конкретний перелік страхових ризиків за кожним окремим договором страхування визначається сторонами та зазначається в договорі страхування.

3.4. Страховим випадком за цими Правилами є одержання Застрахованою особою медико-санітарної допомоги у межах, передбачених обраною Програмою страхування, після

звернення Застрахованої особи під час дії договору страхування до медичного закладу внаслідок настання страхового ризику.

3.5. Страхування за цими Правилами передбачає оплату вартості одержаної Застрахованою особою медико-санітарної допомоги відповідно до таких **Програм медичного страхування:**

- 3.5.1. швидка і невідкладна медична допомога;
- 3.5.2. амбулаторно-поліклінічне лікування;
- 3.5.3. госпіталізація і стаціонарне лікування;
- 3.5.4. стоматологічна допомога;
- 3.5.5. медикаментозне забезпечення (забезпечення медикаментами та медичними матеріалами за призначенням лікаря);
- 3.5.6. інші програми, передбачені договором страхування.

3.6. Договором страхування за згодою сторін може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за медичною допомогою за одним з варіантів:

- 3.6.1. у разі будь якого захворювання;
- 3.6.2. у разі окремих видів захворювань, зазначених у договорі страхування;
- 3.6.3. у разі лише одного з переліку захворювань, зазначених у договорі страхування.

3.7. Договором страхування за угодою сторін може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за всіма видами медичної допомоги, передбаченими відповідною базовою Програмою медичного страхування, так і окремих видів медичної допомоги з переліку, зазначеного у обраній базовій Програмі медичного страхування.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Якщо інше не передбачене договором страхування, не можуть бути Застрахованими:

- 4.1.1. особи у віці молодше 1 (одного) року і старіші за 70 (сімдесят) років;
- 4.1.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;
- 4.1.3. інваліди I (першої) групи;
- 4.1.4. особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані.

4.2. Договори страхування, укладені щодо осіб, які не можуть бути Застрахованими, визнаються недійсними з моменту їх укладення у встановленому законодавством України порядку.

4.3. Якщо інше не передбачене договором страхування, **страховими випадками не вважаються** звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

- 4.3.1. одержанням медичної допомоги, що не передбачена договором та/або Програмою страхування;
- 4.3.2. захворюванням або одержанням травми під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми;
- 4.3.3. захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;
- 4.3.4. навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень;
- 4.3.5. одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях на будь-якому рівні;
- 4.3.6. захворюванням, пов'язаним із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на яку страждає Застрахована особа, незалежно від термінів виявлення останньої;
- 4.3.7. вродженими аномаліями або вадами розвитку;
- 4.3.8. захворюванням, пов'язаним з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, незалежно від строків та обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 4.3.9. захворюванням, яке потребує медичної допомоги в медичних закладах закритого типу;

4.3.10. захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, які зареєстровані медичними закладами протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування;

4.3.11. будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД, незалежно від термінів їх виявлення;

4.3.12. психічним захворюванням, розладом психічного стану чи розладом здоров'я (травмою), заподіяним собі Застрахованою особою у стані психічного захворювання або розладу психічного стану;

4.3.13. хронічним захворюванням, яке потребує терапії, що заміщає функції органів та систем організму;

4.3.14. косметологічним лікуванням дефектів обличчя, тіла, кінцівок, якщо вони не є наслідком перенесеного захворювання;

4.3.15. безпліддям, контрацепцією, імпотенцією;

4.3.16. патологією, що виникла внаслідок лікування методами нетрадиційної медицини, експериментальними чи дослідними методами, препаратами, самолікування;

4.3.17. захворюванням, пов'язаним з порушенням хромосомного набору.

4.4. Якщо інше не передбачено договором страхування, **до суми страхової виплати не включається** оплата таких витрат:

4.4.1. вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо), їх ремонту або прокату;

4.4.2. вартість медичної допомоги, пов'язаної із лікуванням гострих захворювань, на які Застрахована особа страждала на момент укладення договору страхування;

4.4.3. вартість медичної допомоги, що не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем;

4.4.4. витрати на медичну допомогу, загальна вартість якої не перевищує розміру встановленої договором страхування франшизи.

4.5. **Не визнається страховим випадком** витрати Застрахованої особи на медичні послуги у зв'язку із захворюваннями та медичними станами, що пов'язані з:

4.5.1. навмисним заподіянням собі тілесних ушкоджень, замахом на самогубство, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, скоєнням Застрахованою особою умисного злочину;

4.5.2. війною, збройною агресією, збройними конфліктами, військовими діями, застосуванням військової зброї, діями або бездіяльністю збройних формувань, громадськими заворушеннями, несанкціонованими культурно-масовими заходами, несанкціонованими мітингами, несанкціонованими демонстраціями;

4.5.3. виконанням Застрахованою особою службових обов'язків в місці, де відбуваються: війна, збройна агресія, збройні конфлікти, військові дії, застосовується військова зброя, діяння збройних формувань, громадські заворушення, несанкціоновані культурно-масові заходи, несанкціоновані мітинги, несанкціоновані демонстрації;

Підтвердженням або спростуванням фактів настання/існування подій, передбачених в п.п.4.5.2 та 4.5.3 цих Правил, є публічна інформація щодо таких подій, відображена чи задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях інформації, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених законодавством України, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом України "Про доступ до публічної інформації".

4.5.4. гострими захворюваннями або загостренням хронічних захворювань, клінічні прояви яких спостерігалися до моменту укладення договору страхування, або виникли до початку дії договору страхування, крім невідкладних станів.

4.6. Договором страхування можуть бути передбачені додатково інші особливі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству та цим Правилам.

5. СТРАХОВА СУМА. ФРАНШИЗА

5.1. Страхова сума встановлюється у розмірі, погодженому сторонами під час укладення договору страхування.

5.2. За згодою сторін у договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремим видом медичної допомоги (послуг), страховим ризиком та/або випадком, Програмою страхування, за групою чи всіма Застрахованими особами тощо.

5.3. Якщо інше не обумовлено Договором страхування, страхова сума встановлюється за згодою сторін в національній валюті України.

5.4. У разі страхової виплати страхова сума (ліміт відповідальності) зменшується на розмір виплати, якщо інше не передбачене договором страхування. Страхова сума (ліміт відповідальності) вважається зменшеною з дати здійснення виплати, якщо інше не передбачене договором страхування. Страхувальник має право відновити страхову суму (ліміт відповідальності) за умови сплати Страхувальнику додаткового страхового платежу.

5.5. Протягом строку дії договору страхування страхова сума може бути змінена за згодою Сторін.

5.6. Договором страхування може бути передбачена **франшиза**, вид та розмір якої визначається за згодою Сторін:

5.6.1. за безумовної франшизи при розрахунку страхової виплати її розмір в усіх випадках вираховується (віднімається) з розміру страхової виплати, належного до сплати Страхувальнику;

5.6.2. за умовної франшизи Страховик звільняється від відповідальності за збиток, що не перевищує розмір встановленої франшизи, і відшкодовує збиток цілком, якщо його розмір перевищує встановлену франшизу;

5.6.3. за агрегатної (накопичувальної) франшизи Страховик звільняється від відповідальності за перші збитки, сума яких не перевищує розмір встановленої франшизи, і відшкодовує наступні збитки цілком, коли їх сумарний розмір перевищить встановлену франшизу;

5.6.4. за часової франшизи Страховик звільняється від відповідальності за збитки, що сталися чи були спричинені страховими ризиками, які настали протягом строку тривалості франшизи (з початку надання страхового захисту за такою Застрахованою особою).

5.6.5. інший вид франшизи та її умови застосування, можуть бути передбачені в договорі страхування.

5.7. Розмір франшизи може встановлюватися за згодою сторін у відсотках або в абсолютному розмірі.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

6.1. Розмір **страхового тарифу** за договором страхування визначається Страховиком на підставі методики розрахунку страхового тарифу (п.20 цих Правил).

6.2. **Страховий платіж** розраховується виходячи з розмірів страхової суми та страхового тарифу.

6.3. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж (страхову премію) як плату за страхування.

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

6.5. Страхувальники–резиденти згідно з укладеним договором страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник–нерезидент – в іноземній вільно конвертованій валюті по курсу НБУ на день сплати або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

6.6. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

6.7. Зазначений в договорі страхування страховий платіж за згодою Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються договором страхування.

6.8. Якщо договором страхування передбачено сплату страхового платежу частинами, Страховик, під час здійснення страхової виплати внаслідок настання страхового випадку, має право утримати частку страхової виплати у розмірі несплаченого страхового платежу в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу за період дії договору страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

7.1.1. Письмова заява повинна містити усі необхідні, на думку Страховика, відомості про предмет договору страхування, що заявляється на страхування, і бути підписана Страхувальником.

7.2. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну зі Сторін укласти договір страхування. Однак, якщо договір страхування буде укладено, всі відомості щодо предмету договору страхування, що були наведені в заяві на страхування, мають суттєве значення для оцінки ступеню ризику та формують основні дані укладеного договору страхування.

7.2.1. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

7.2.2. Підписана Страхувальником заява має юридичну силу незалежно від того, якими технічними засобами вона заповнена та у разі укладення договору страхування є невід'ємною його частиною.

7.3. Страхувальник має право укласти договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

7.4. При укладенні договору страхування Страховик має право запросити:

7.4.1. у Страхувальника–юридичної особи – баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою);

7.4.2. відомості про стан здоров'я особи, яка може бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

7.5. Під час укладення договору страхування Страхувальник зобов'язаний сповістити Страховика про усі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику щодо предмету договору страхування, а також письмово дати відповіді на усі поставлені йому Страховиком запитання з метою оцінки ступеня ризику у відношенні особи, яка страхується. Якщо після укладення договору страхування буде встановлено, що Страхувальник повідомив свідомо неправдиві відомості, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

7.6. На підставі даних, отриманих від Страхувальника, Страховик приймає рішення про укладення договору страхування або відмовляє в його укладенні.

7.7. Договір страхування укладається у письмовій формі шляхом його підписання Сторонами.

7.8. Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування, в т.ч. на ім'я кожної Застрахованої особи.

7.9. У випадку втрати оригіналу договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачений примірник договору страхування вважається недійсним.

8. СТРОК ДІЇ, УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Строк дії договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається в договорі страхування, але він не може бути більше 1 (одного) року, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

8.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування.

8.2.1. Моментом внесення страхового платежу (його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його частини) в касу Страховика.

8.3. Договором страхування може бути передбачено, що він набирає чинності з 00 год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем надходження на рахунок або внесення в касу Страховика страхового платежу (першої його частини).

8.4. Дія договору страхування закінчується о 24 год. 00 хв. дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

8.5. Договором страхування може бути передбачено сплату страхових платежів частинами – окремо за кожний період страхування. Такий договір страхування набуває чинності з 00 год. 00 хв. дня, зазначеного в договорі страхування, як день початку першого періоду, але не раніше 00 год. 00 хв. дня, наступного за днем внесення в касу або надходження на поточний рахунок Страховика страхового платежу в повному обсязі за перший період страхування, зазначений в договорі страхування.

Договір страхування подовжує свою дію на наступний період страхування з дати, зазначеної в договорі страхування як початок такого періоду, за умови внесення страхового платежу за цей період страхування в касу або на поточний рахунок Страховика не пізніше дня, зазначеного в договорі страхування як строк сплати страхового платежу за відповідний період страхування, але в будь-якому випадку не пізніше дня, зазначеного в договорі страхування як дата закінчення відповідного попереднього періоду страхування.

Дія договору страхування закінчується в 24 год. 00 хв. останнього дня оплаченого періоду страхування.

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

8.6.1. закінчення строку його дії;

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

8.6.3. несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки.

При цьому договір страхування вважається достроково припиненим, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальникові, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

8.6.4. 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";

8.6.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

8.6.6. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

8.6.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

8.7. Дію договору страхування може бути припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено договором страхування.

8.8. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше, ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії договору, якщо інше ним не передбачено.

8.9. У разі дострокового припинення дії договору страхування (в т.ч. щодо окремої особи) за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії договору (в т.ч. за такою особою) з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування (в т.ч. за такою особою).

Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

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

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору (в т.ч. за такою особою) з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування (в т.ч. за такою особою).

8.11. У випадку дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

8.12. У разі припинення дії договору страхування у зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі – страхові платежі не повертаються.

8.13. Страхові свідоцтва (поліси, сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для оплати вартості одержаної медичної допомоги.

8.14. Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на це Застрахованої особи, яка вибуває) за погодженням зі Страховиком шляхом внесення змін до договору страхування.

8.15. Страхове свідоцтво (поліс, сертифікат), раніше виданий на ім'я Застрахованої особи, яка вибуває, повинен бути повернутий Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважається анульованим і не може бути підставою для оплати медичних послуг. Замість нього на ім'я нової Застрахованої особи видається нове страхове свідоцтво (поліс, сертифікат).

9. МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Місце (територія) дії договору страхування визначається при укладенні договору страхування та вказується в ньому.

9.2. Якщо інше не передбачене в договорі страхування, укладені договори страхування діють тільки на території України

10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ, ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

10.1. Зміни умов та доповнення до договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, строку дії договору страхування тощо) за згодою Сторін вносяться шляхом укладення додаткового договору/угоди до договору страхування.

10.2. Додатковий договір/угода є невід'ємною частиною договору страхування і укладається у кількості примірників договору страхування.

10.3. Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик може видати на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових свідоцтв (полісів, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

10.4. Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний якнайшвидше, але не пізніше ніж протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачений умовами договору страхування), письмово повідомити Страховика про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

10.5. Обставинами, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику (обставини, які змінилися настільки, що, якби вони були відомі при укладенні договору страхування, то договір страхування взагалі не був би укладений Страховиком чи був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися) можуть бути дані або/та обставини, що

надані Страхувальником у заяві про страхування та/або зазначені у договорі страхування, або будь-яка їх зміна, наприклад:

10.5.1. інформація про стан здоров'я, а саме про захворювання або його наслідки, що було діагностовано у Застрахованій особі до моменту укладення договору страхування або протягом строку його дії;

10.5.2. оголошення місця дії договору страхування зоною стихійного лиха або зоною карантину.

10.6. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну обставин, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений договором страхування, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов договору страхування або про дострокове припинення його дії, або про продовження строку дії договору страхування на попередніх умовах.

10.7. У разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення змін у договір страхування Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

10.8. У випадку відмови Страхувальника внести зміни до договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію договору страхування на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до частини другої п.8.10 цих Правил.

10.9. Якщо ступінь ризику підвищиться і Страхувальник не сповістить про це Страховика, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у страховій виплаті за цим випадком.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Страхувальник має право:

11.1.1. на етапі укладення і протягом дії договору страхування отримувати від Страховика необхідні консультації, інформацію та пояснення умов страхування, в т.ч. у письмовій формі;

11.1.2. отримати страхову виплату у разі настання страхового випадку на умовах цих Правил та/або договору страхування;

11.1.3. на зміну умов договору страхування та/або на дострокове припинення дії договору страхування згідно з умовами, передбаченими цими Правилами та/або договором страхування;

11.1.4. у випадку втрати договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката;

11.1.5. призначати в договорі страхування Вигодонабувачів, які можуть зазнати збитків внаслідок настання страхового випадку для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене договором страхування;

11.1.6. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати або її розмір;

11.1.7. вимагати від Страховика оплати вартості медичної допомоги, виходячи із базової Програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений договором страхування;

11.1.8. обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих Страховиком (його представником) або Асистанською компанією ;

11.1.9. обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги;

11.1.10. здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із Страховиком.

11.2. Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено договором страхування:

11.2.1. вносити страхові платежі в розмірі та в строки, передбачені договором страхування;

11.2.2. при укладенні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

11.2.3. при укладенні договору страхування або внесенні змін до умов договору страхування, а також у будь-який час протягом строку дії договору страхування на вимогу Страховика надати можливість представнику Страховика провести огляд Застрахованої особи, з'ясувати умови її лікування;

11.2.4. повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета договору страхування;

11.2.5. вживати усіх можливих заходів та дій з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;

11.2.6. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений цими Правилами та договором страхування;

11.2.7. при настанні страхового випадку діяти відповідно до п.п.12.1, 12.6 цих Правил;

11.2.8. турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;

11.2.9. достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я та можливі існуючі ризики його втрати (зміни ступеню ризику);

11.2.10. не створювати свідомо ризику втрати свого здоров'я;

11.2.11. надавати лікарю-експерту можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану його здоров'я;

11.2.12. дотримуватися правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати накази та приписи лікарів;

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

11.3. Страховик має право:

11.3.1. перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником та/або Застрахованою особою відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеню ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника та/або Застрахованої особи в частині, що стосується договору страхування у будь-який момент строку його дії;

11.3.2. у випадку підвищення ступеня ризику щодо предмету договору страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни в договір страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу, або припинити дію договору страхування після відмови Страхувальника згідно з умовами, передбаченими цими Правилами та/або договором страхування;

11.3.3. самостійно з'ясовувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею;

11.3.4. робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт і причину настання страхового випадку;

11.3.5. брати участь у заходах щодо зменшення розміру збитків, здійснюючи і вказуючи для цього способи та заходи, але ці дії Страховика або його представників не можуть розглядатися як визнання його обов'язку здійснити страхову виплату;

11.3.6. відмовити або відстрочити здійснення страхової виплати у випадках, передбачених договором страхування та законом;

11.3.7. на зміну умов договору страхування та на дострокове припинення дії договору страхування на умовах, передбачених цими Правилами та/або договором страхування;

11.3.8. у разі сплати страхового платежу частинами при здійсненні страхової виплати утримати зі Страхувальника неоплачену частину страхового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування;

11.3.9. вимагати повернення страхової виплати, що вже виплачена Страхувальнику (Вигодонабувачу) у разі виникнення відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих Правил та/або договором страхування.

11.4. Страховик зобов'язаний:

11.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Правилами та умовами страхування;

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

11.4.3. у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату у строк, передбачений договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом, але не більше подвійної облікової ставки Національного банку України на день прострочення платежу;

11.4.4. видати страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) на ім'я кожної Застрахованої особи, якщо це передбачено договором страхування;

11.4.5. забезпечити контроль якості медичної допомоги, що надається Застрахованим особам, якщо це передбачено договором страхування;

11.4.6. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено договором страхування;

11.4.7. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, внести відповідні зміни до договору страхування;

11.4.8. не розголошувати відомостей про Страхувальника (Застраховану особу) та його (її) майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

11.5. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та/або обов'язки Сторін.

11.6. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це передбачено договором страхування, передбачених п.п.11.1, 11.2, 11.5 цих Правил, за виключенням п.п.11.1.3, 11.2.1 цих Правил.

11.7. Положення цих Правил, включаючи права та обов'язки Сторін договору страхування, є обов'язковими для виконання Сторонами, якщо вони прямо вказані в договорі страхування.

12. ДІЇ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання передбаченої договором страхування події (виникненні у Застрахованої особи потреби в одержанні медичної допомоги в межах, передбачених договором страхування), яка може бути визнана страховим випадком (далі – **подія**), Застрахована особа (її Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана, якщо це передбачено договором страхування звернутися особисто або за телефоном до Страховика (його представника) або Асистанської компанії, відомості про яких наведені в договорі страхування та страховому свідоцтві (полісі, сертифікаті).

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

12.2. Страховик (його представник) або Асистанська компанія рекомендує Застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення Застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога.

12.2.1. Медичні послуги надаються відповідно до Наказів/клінічних протоколів, затверджених МОЗ України у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) чи інших установах, які передбачені договором страхування та Програмою страхування, за направленням Страховика (його представника) або Асистанської компанії. Підбір ЛПУ знаходиться у компетенції Страховика (його представника) або Асистанської компанії.

12.2.2. У особливих випадках, при виникненні захворювання у Застрахованої особи, яке потребує надання спеціалізованих медичних послуг, що не можуть бути надані в ЛПЗ, передбачених договором страхування, такі послуги можуть бути отримані Застрахованою особою в інших медичних установах при умові попереднього узгодження із Страховиком (його представником) або Асистанською компанією.

12.3. При відмові або неможливості отримання запланованої медичної послуги Застрахована особа (її Вигодонабувач, Страхувальник) зобов'язана повідомити про це Страховика (його представника) або Асистанську компанію як можна раніше, але не пізніше ніж за 2 (дві) години до призначеного часу.

12.4. При зверненні до медичного закладу, рекомендованого Страховиком (його представником) або Асистанською компанією, медична допомога (медичні послуги) Застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

12.4.1. документ, що посвідчує Застраховану особу;

12.4.2. страхове свідоцтво (поліс, сертифікат);

12.4.3. письмове направлення Страховика або Асистанської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

12.5. В екстрених випадках, коли Страхувальник (Застрахована особа) з об'єктивних причин не може виконати умови п.12.1 цих Правил і отримує медичні послуги самостійно, потрібно негайно, як тільки це стане можливо, але не пізніше 3 (трьох) днів після усунення цих причин, інформувати Страховика (його представника) або Асистанську компанію про такі події. При цьому необхідно:

12.5.1. надати письмове підтвердження наявності таких причин;

12.5.2. надати Страховику (його представникам) або Асистанській компанії можливість проводити розслідування обставин і причин події, огляд місця події, Застрахованої особи та брати участь у заходах щодо зменшення збитку;

12.5.3. повідомити (надати) Страховику всю інформацію, що стосується цієї події, та документи, передбачені п.13 цих Правил та/або договором страхування; вжити заходів щодо збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про здійснення страхової виплати та її розміру.

12.6. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи (її Вигодонабувача, Страхувальника) в разі настання події, що має ознаки страхового випадку.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТИ

13.1. Визнання події страховим випадком та прийняття рішення про оплату послуг медичного закладу, наданих Застрахованій особі, провадиться Страховиком на підставі таких документів:

13.1.1. письмова заяву про страхову виплату встановленої форми;

13.1.2. договір страхування (страхове свідоцтво (поліс, сертифікат));

13.1.3. документів, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати особу одержувача страхової виплати;

13.1.4. виписка з медичної карти стаціонарного/амбулаторного хворого або консультативний висновок лікаря, де вказується діагноз, дата звернення, строки лікування, перелік наданих медичних послуг/призначених медикаментів, їх дозування й кількість, завірену підписом лікаря та печаткою лікаря та/або ЛПУ;

13.1.5. листок непрацездатності (за його наявності);

13.1.6. рецепти на медикаменти (за їх наявності), оформлені у встановленому порядку;

13.1.7. документи, що підтверджують факт оплати медикаментів та/або наданих медичних послуг: касовий чек (прибутковий касовий ордер, розрахункова квитанція), товарний чек з найменуванням послуги і її сплаченої вартості, рахунок-фактура (схема-калькуляція), акт виконаних робіт (наданих послуг);

13.1.8. при отриманні медичних послуг у приватного підприємця – копія Свідоцтва платника податків за поточний рік, копія Ліцензії на здійснення отриманих медичних послуг та копія Свідоцтва про державну реєстрацію;

13.1.9. інших документів на обґрунтований письмовий запит Страховика (його представника) щодо факту, обставин, причин настання страхового випадку, розміру

заснаного збитку, без отримання яких, встановлення вищезазначених фактів є унеможливленим/вкрай ускладненим.

13.2. Неподання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті або її частині, що не підтверджена такими документами, якщо це передбачено договором страхування.

13.3. Документи, що подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

13.4. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може прийняти рішення про можливість не надання Страхувальником окремих документів, визначених п.13.1 цих Правил.

13.5. Конкретний перелік документів, які Страхувальник (Вигодонабувач) повинен надати для отримання страхової виплати, зазначається в договорі страхування.

14. ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Розмір завданої шкоди, в межах якої здійснюється страхова виплата, встановлюється у розмірі вартості наданих Застрахованій особі у порядку і в строки, передбачені договором страхування, медико-санітарних послуг та придбаного медикаментозного забезпечення.

14.2. Якщо у договорі страхування передбачено страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за окремим страховим ризиком та/або випадком та/або Програмою страхування, за однією та/або групою Застрахованих осіб тощо, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих установлених страхових сум (лімітів відповідальності).

14.3. Страховик сплачує страхову виплату в межах страхової суми (лімітів відповідальності) та з вирахуванням установленної договором страхування франшизи.

14.4. При не виконанні Застрахованою особою п.12.3 цих Правил оплата вартості наступної відповідної послуги здійснюється Застрахованою особою самостійно.

15. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

15.1. Страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком медичному закладу, аптеці або іншій установі, з якими Страховик має договори про співпрацю, вартості медичних послуг, наданих Застрахованій особі за договором страхування у порядку і в строки, що передбачені укладеним договором між Страховиком, медичним закладом та/або Асистанською компанією на підставі документів, передбачених в ньому та в обсязі, що передбачені договором страхування.

15.2. Договором страхування може бути передбачена страхова виплата безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.

15.3. При відсутності необхідних за призначенням лікаря медикаментів в медичному закладі, з яким Страховик має договірні стосунки, Страховик оплачує Застрахованій особі вартість придбаних нею медикаментів на підставі рахунку фармацевтичної установи та при умові письмового підтвердження медичним закладом витрат Застрахованої особи на лікування.

15.4. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені причини та розміри збитку. Страхова виплата Застрахованій особі здійснюється згідно з договором страхування на підставі письмової заяви Застрахованої особи та страхового акту з визначенням розміру страхової виплати, складеного Страховиком або уповноваженою ним особою.

15.5. Всі документи, що необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, Застрахована особа повинна надати протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту закінчення лікування, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

15.6. Протягом 10 (десяти) робочих днів після одержання всіх необхідних підтверджуючих документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п.13 цих Правил, якщо інший строк не передбачений договором страхування, Страховик:

15.6.1. складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати та рішенням щодо страхової виплати;

15.6.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті або її відстрочення.

15.7. У разі отримання медичної допомоги в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги та/або медикаментів, строк здійснення страхових виплат становить 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про виплату, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

15.8. Датою здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Страхова виплата підтверджується платіжним дорученням або видатковим касовим ордером.

15.9. Строк та порядок здійснення страхових виплат Асианській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.

15.10. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті або її відстрочення Страховик протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (якщо інший строк не передбачений договором страхування) повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу, її Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови або відстрочення.

15.11. У випадку виникнення спорів між сторонами щодо причин і розмірів збитків кожна зі сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи, що проводиться за рахунок сторони, яка вимагає проведення такої експертизи.

15.12. Страховик має право відстрочити страхову виплату, якщо це передбачено договором страхування, у випадку:

15.12.1. виникнення у Страховика сумнівів щодо достовірності наданих Застрахованою особою (її Вигодонабувачем, Страхувальником) відомостей та документів чи їх недостатності. Строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджувальних документів від правоохоронних органів, медичних закладів та інших організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів з дня отримання останнього документа, що підтверджує факт, обставини, причини настання страхового випадку та розмір збитків відповідно до п.13 цих Правил, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

15.12.2. якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини та розмір страхової виплати, Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку виконує незалежний фахівець (експерт), який має відповідно до чинного законодавства України належні повноваження, з метою встановлення обставин, причин та розміру виплати – до отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але цей строк не може перевищувати 90 календарних днів з дня отримання останнього документа, що підтверджує факт, обставини, причини настання страхового випадку та розмір виплати відповідно до п.13 цих Правил, якщо інший строк не передбачений договором страхування;

15.12.3. початок кримінального провадження за фактом подій, що призвели до травмування або захворювання Застрахованої особи – до закінчення провадження у справі.

16. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

16.1. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

16.1.1. 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 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 чинного законодавства України;

16.1.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

16.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку, приховування таких відомостей;

16.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод щодо визначення обставин, характеру страхового випадку та розміру страхової виплати;

16.1.5. шахрайство або інші дії Страхувальника (його представників), спрямовані на отримання незаконної вигоди від страхування, якщо це передбачено договором страхування;

16.1.6. невиконання або неналежне виконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Правилами та/або договором страхування, якщо це передбачено договором страхування;

16.1.7. настання обставин, передбачених п.4 цих Правил;

16.1.8. інші випадки, передбачені законом.

16.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать закону.

17. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

17.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладення у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

17.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі якщо його укладено після настання страхового випадку;

17.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

18. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

18.1. Спори, що виникають з договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, вирішуються шляхом переговорів.

18.2. У разі недосягнення згоди сторонами договору страхування спори вирішуються у судову порядку відповідно до чинного законодавства України.

19. ОСОБЛИВІ УМОВИ

19.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування.

19.2. 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 Правил та не суперечать чинному законодавству України.

20. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ТАРИФУ

20.1. Страховий тариф визначається окремо для кожної Застрахованої особи та розраховується за формулою:

$$СТ = БТ \times К1 \times К2 \times К3 \times К4 \times Кі$$

де: СТ – страховий тариф за договором страхування;

БТ – базовий страховий тариф;

К1–К4 – коригуючі коефіцієнти, наведені нижче;

Кі – коригуючий коефіцієнт ризиковості.

20.1.1. **Базовий страховий тариф (БТ), %** страхової суми:

Таблиця 1

№ з/п	Програми медичного страхування	БТ, %
1.	Швидка і невідкладна медична допомога	2,8
2.	Амбулаторно-поліклінічне лікування	11,1
3.	Госпіталізація і стаціонарне лікування	10,4
4.	Стоматологічна допомога	32,9
5.	Медикаментозне забезпечення	4,3
6.	Інша програма, передбачена договором страхування	3,0

20.1.2. **К1** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від кількості Застрахованих осіб за договором страхування (Таблиця 2).

Таблиця 2

Кількість осіб	До 25	25-49	50-149	150-249	250-499	500-999	1000-2999	3000 і більше
К1	1,00	0,95	0,90	0,87	0,85	0,80	0,75	0,7-0,5

20.1.3. **К2** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від віку прийнятих на страхування Застрахованих осіб (Таблиця 3).

Таблиця 3

Вік Застрахованої особи, повних років	до 1	1-3	4-40	41-55	56-65	66 і більше
К2	3,00	2,50	1,00	1,40	1,75	2,25

20.1.4. **К3** – коригуючий коефіцієнт, який залежить від здійснюваної діяльності Застрахованою особою (Таблиця 4).

Таблиця 4

Діяльність	К3
Політ на літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажирів на літаку цивільної авіації, що відбувається за визначеним рейсом, які виконувались професійним пілотом	1,1-4,0
Заняття будь-яким видом спорту	1,1-4,0
Участь у випробуваннях транспортних засобів	1,2-6,0
Зайнятість в роботах у відкритому морі, шахті, з вибуховими речовинами, створенні повітряної фотографії	1,1-5,0
Інші види діяльності	1,0-2,0

20.1.5. За договором страхування, укладеним на строк менше одного року, застосовується **коригуючий коефіцієнт короткостроковості (К4)** залежно від строку дії договору страхування (Таблиця 5).

Таблиця 5

Строк дії договору страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
К4	0,20	0,35	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

При страхуванні програм, що передбачають надання медичної допомоги одноразового характеру (ведення вагітності, пологи, медичний огляд, вакцинація тощо), цей коефіцієнт може не застосовуватися.

20.1.6. Залежно від програм страхування, страхових сум, розміру франшизи, кількості обраних страхових ризиків, місця дії договору страхування та інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику, до базового страхового тарифу застосовується коригуючий коефіцієнт ризиковості (**Кі**) в діапазоні від 0,01 до 10,00.

20.2. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

20.3. Норматив витрат на ведення справи складає не більше 45% страхового тарифу.

Актуарій



Січка Я.Б

(свідоцтво №009 від листопада 1998 р.)

В ЦЬОМУ ДОКУМЕНТІ ПРОШИТО, ПРОНУМЕРОВАНО

та скріплено печаткою

22 (*двадцять два*) аркушів

Генеральний директор СК "Перша"

Н.В.Безбах



ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказом Генерального директора
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "Перша"
"21" грудня 2017 року
№ 72


Н.В. Безбах

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ
ПІД НАЗВОМ НАЦІОНАЛЬНОГО БУРО
ЗА РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ КОСІВ

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Київ, *Головний офіс*


Відомості про реєстрацію: *0. Максимчук*

Підпис: *М.У.*

Відомості про реєстрацію: *0318025*

Дата: *18.01.2018*

Ідентифікаційний код: 31681672



ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) №03,
затверджених 30.08.2017 р.

1. **Доповнити розділ "ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ"** Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) №03 (далі – Правила) 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 пунктами 7.10–7.11** такого змісту:

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

- в електронній формі;
- в паперовій формі.

7.10.1. 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.

7.10.2. 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).

7.10.3. 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.

7.10.4. 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;

7.10.5. 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.

7.10.6. 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.

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

7.11. Договори страхування, укладені відповідно до п.7.10 цих Правил, вважаються такими, що укладені у письмовій формі із врахуванням вимог порядку укладення договорів страхування, визначених Законом України "Про страхування" та цими Правилами."

В цьому документі прошиито, пронумеровано
та скріплено печаткою

3 (три) аркуші

Генеральний директор ОК "Перша"

Н.В.Безбах

