Закрите акціонерне товариство
«ПЕРША СТРАХОВА КОМПАНІЯ»

“ЗАТВЕРДЖУЮ”
Генеральний директор
ЗАТ “Перша страхова компанія»

_____Н.В. Безбах

«21» травня 2009 р.

П Р А В И Л А

добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби

(нова редакція)

2009 рік

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Закрите акціонерне товариство «Перша страхова компанія» (надалі - Страховик) відповідно до умов цих Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Правила) укладає Договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Договір страхування) 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

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 інший особі, визначеній у Договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Вигодонабувач - дієздатна фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору страхування для отримання страхових виплат. Страхувальник має право замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Застрахована особа – фізична особа, чиє життя і здоров'я є предметом договору 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.

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, або Застрахованій особі, або іншій третій особі.

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

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

Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю Застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

4.1. Страхова сума встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника при укладенні Договору страхування.
4.2. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому.
4.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика по окремому страховому випадку або групі страхових випадків, а також по Договору страхування в цілому.
4.4. Договором страхування може передбачатися франшиза. Розмір франшизи залежить від обраних Страхувальником умов страхування і зазначається в Договорі страхування.

5. СТРАХОВІ РИЗИКИ

5.1. Страховий ризик (страхова подія) - певна подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
5.2. За умовами цих Правил страховим ризиком є:
5.2.1. захворювання Застрахованої особи в період дії Договору страхування.
5.3. За умовами цих Правил, страховими випадками є:
5.3.1. звернення Застрахованої особи до лікувального закладу внаслідок гострого захворювання, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування;
5.3.2. звернення Застрахованої особи до лікувального закладу внаслідок загострення хронічного захворювання, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування;
5.3.3. оперативне втручання;
5.3.4. ускладнення при оперативному втручанні;
5.3.5. вперше виявлене захворювання Застрахованої особи;
5.3.6. встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання;
5.3.7. смерть Застрахованої особи внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання.
5.4. У Договорі страхування може встановлюватися конкретний перелік хвороб, на випадок настання яких він укладається.
5.5. Якщо страхова виплата здійснюється за «Таблицею страхових виплат» (Додаток № 2 до цих Правил), у Договорі страхування може встановлюватися конкретний перелік хвороб відповідно до Додатку № 2 до цих Правил.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Якщо умовами Договору страхування не передбачено інше, не визнаються страховими випадками:
6.1.1. епідемічні та пандемічні хвороби;
6.1.2. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо діагноз встановлено протягом першого місяця після набуття чинності Договору страхування;
6.1.3. злоякісні новоутворення;
6.1.4. ендокринні захворювання;
6.1.5. імунодефіцитні стани;
6.1.6. професійні хвороби;
6.1.7. розлади психіки і поведінки;
6.1.8. захворювання на гепатити А, Е;
6.1.9. венеричні та грибкові хвороби;
6.1.10. променева хвороба;
6.1.11. сонячні опіки;

6.1.12. захворювання, пов’язані з порушенням обміну речовин;
6.1.13. вроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення;
6.1.14. проведення гемодіалізу при хронічній нирковій недостатності;
6.1.15. фізіологічні зміни стану здоров’я;
6.1.16. статеві розлади, безпліддя;
6.1.17. всі види косметичних та пластичних операцій чи процедур;
6.1.18. хвороби, які є наслідками вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, медикаментів, не призначених лікарем;
6.1.19. всі види протезування.
6.2. Якщо інше не обумовлено Договором страхування, не можуть бути застрахованими особи:
6.2.1. які знаходяться на обліку в наркологічних, психіатричних, шкір-венерологічних, туберкульозних, онкологічних диспансерах;
6.2.2. ВІЛ-інфіковані;
6.2.3. інваліди I, II, групи.
6.3. У Договорі страхування можуть встановлюватися також обмеження території дії Договору страхування, віку Застрахованої особи та інші винятки та обмеження.

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. Територія дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою 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 вимагати заповнення декларації про стан здоров’я за формою, встановленою Страховиком, або надання результатів медичного огляду особи, про страхування якої укладається Договір, для оцінки ступеню ризику. У разі ненадання Страхувальником такої інформації, Страховик має право відмовити в укладанні з ним Договору страхування.
8.4. При укладанні Договору страхування на випадок гострого або загострення хронічного захворювання Застрахованої особи, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування, Страхувальник і Страховик за взаємною згодою визначають умови здійснення страхової виплати:
8.4.1. за кожну добу амбулаторного/стаціонарного лікування - у відсотках від страхової суми;
8.4.2. за «Таблицею страхових виплат» (Додаток № 2 до цих Правил).
8.5. Договір страхування може бути укладений на випадок настання одного або декількох страхових випадків, передбачених розділом 5 цих Правил.
8.6. При укладанні Договору страхування Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувача, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено Договором страхування.
8.7. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
8.8. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:
9.1.1. у разі настання страхового випадку отримати страхову виплату в 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 зміну умов Договору страхування;
9.1.4. оскаржувати рішення Страховика про відмову в страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством;
9.1.5. за письмовою заявою отримати дублікат Договору страхування у випадку втрати оригіналу.
9.2. Страхувальник зобов'язаний:
9.2.1. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та у строки, встановлені Договором страхування;
9.2.2. при укладанні Договору страхування надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;
9.2.3. при укладанні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору страхування;
9.2.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку, та надати необхідні документи в строк, передбачений Договором страхування.
9.3. Страховик має право:
9.3.1. перевіряти інформацію, надану Страхувальником для укладення Договору страхування;
9.3.2.при укладанні Договору страхування та при настанні страхового випадку вимагати проведення медичного обстеження Застрахованої особи для оцінки фактичного стану її здоров'я;
9.3.3. відмовити Страхувальнику 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.
9.3.5. у випадку порушення Страхувальником умов Договору, вимагати дострокового припинення дії Договору.
9.4. Страховик зобов'язаний:
9.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами 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 страхування строк. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати неустойки (пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
9.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;
9.4.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості майна переукласти з ним Договір страхування;
9.4.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.
9.5. Умовами Договору страхування можуть передбачатися також інші права і обов'язки Страховика та Страхувальника.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. У разі настання страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен протягом 3 (трьох) календарних днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити про це Страховика.
10.2. Подати заяву на отримання страхової виплати та інші документи в строк, обумовлений Договором страхування.
10.3. У випадку недотримання строків повідомлення Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен обґрунтувати це у письмовій формі, на вимогу Страховика.

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

11.1. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати Страхувальнику (Застрахованій особі) на підставі наступних документів, визначених Договором страхування, а саме:
11.1.1. Заяви на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;
11.1.2. Договору страхування;
11.1.3. документа, що посвідчує особу, та копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
11.1.4. листка непрацездатності (для працюючих осіб);
11.1.5. виписки з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого із зазначенням прізвища Застрахованої особи, точного діагнозу, дати звернення та тривалості лікування, засвідчених підписом відповідальної особи (лікуючим лікарем) та штампом медичного закладу;
11.1.6. висновку лікарсько-консультаційної комісії (ЛКК) у разі встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі - дитині віком до 16 років;
11.1.7. висновку медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) у разі встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі у віці після 16 років;
11.2. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати Вигодонабувачу на підставі наступних документів, визначених Договором страхування:
11.2.1. Заяви на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;
11.2.2. Договору страхування;
11.2.3. Свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
11.2.4. висновку відповідальної установи, який підтверджує факт смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання;
11.2.5. документів, що посвідчують особу Вигодонабувача та підтверджують право на отримання страхової виплати;
11.2.6. копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера.
11.3. Страховик приймає рішення про здійснення страхової виплати спадкоємцю (спадкоємцям) Застрахованої особи у випадку, коли Вигодонабувача в Договорі страхування не зазначено, на підставі наступних документів, визначених Договором страхування:
11.3.1. Заяви на отримання страхової виплати за встановленою Страховиком формою;
11.3.2. Договору страхування;
11.3.3. Свідоцтва про смерть Застрахованої особи;
11.3.4. висновку відповідальної установи, який підтверджує факт смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання, на випадок якого здійснювалось страхування;
11.3.5. документів, що посвідчують особу спадкоємця;
11.3.6. копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номера;
11.3.7. Свідоцтва про право на спадщину.

11.4. На вимогу Страховика, Страхувальник зобов'язаний подати додаткові документи, вказані Страховиком, за згодою Страхувальника.
11.5. 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.
11.6. Усі документи надаються у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників чи простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальним примірником документа.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів після прийняття рішення про здійснення страхової виплати.
12.2.Страховик здійснює страхову виплату:
12.2.1. у разі гострого (загострення хронічного) захворювання, що вимагає амбулаторного/стаціонарного лікування:
12.2.1.1. якщо страхування здійснюється за умовою п. 8.4.1. цих Правил - у розмірі 0,2 - 1,5% за кожен день амбулаторного/стаціонарного лікування, але не більше 50% страхової суми, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.2.1.2. якщо страхування здійснюється за умовою п. 8.4.2. цих Правил - за «Таблицею страхових виплат» (Додаток №2 до цих Правил);
12.2.2. при оперативному втручанні – 100% страхової суми, встановленої у Договорі страхування для даного страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.2.3. у разі ускладнення при оперативному втручанні – 100% страхової суми, встановленої у Договорі страхування для даного страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.2.4. у разі діагностування вперше виявленого захворювання, зазначеного в Договорі страхування – 100% страхової суми, встановленої у Договорі страхування для даного страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;
12.2.5. у разі встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі:
I групи – 100% страхової суми;
II групи – 60% страхової суми;
III групи – 40% страхової суми;
12.2.6. у разі смерті Застрахованої особи – 100% страхової суми Вигодонабувачу (спадкоємцю);
12.3. Умовами Договору страхування може передбачатися виплата страхової суми (її частини) шляхом оплати наданих Застрахованій особі платних медичних послуг в межах страхової суми, за письмовою заявою Застрахованої особи про оплату медичних послуг Страховиком.
12.4. Договір страхування, по якому була здійснена страхова виплата, продовжує свою дію до кінця строку дії, при цьому страхова сума за Договором страхування зменшується на суму страхової виплати.
12.5. Загальна сума виплат за одним або декількома страховими випадками, що сталися з Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену в Договорі страхування для цієї Застрахованої особи.
12.6. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена Договором страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.
12.7. Днем страхової виплати вважається день списання коштів з поточного рахунку Страховика.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, і оформляється страховим актом за формою, встановленою Страховиком.
13.2. За наявності підстав для сумнівів щодо обґрунтованості (законності) страхової виплати Страховик може відкласти рішення про виплату до отримання підтвердження або спростування цих причин компетентними органами на строк, не більший 60 (шістдесяти) робочих днів.
13.3. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів з викладенням мотивації прийняття рішення або обґрунтуванням причин відмови.

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 Застрахованою особою 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. невиконання Страхувальником своїх обов'язків за Договором страхування;
14.1.6. відмова Застрахованої особи від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання страхового випадку;
14.1.7. інші випадки, передбачені законом.
14.2. Якщо це передбачено Договором страхування, не визнаються страховими випадками події, 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), бойових або військових дій, громадських заворушень, страйків або надзвичайного стану, терористичних актів, дії ядерного інциденту чи іонізуючого випромінювання;
14.2.3. вживання алкоголю, наркотичних або токсичних речовин, медикаментів, не призначених лікарем;
14.2.4. невиконання призначень лікаря, що призвело до погіршення стану здоров'я Застрахованої особи.
14.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також 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 сторін, 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 Законом України «Про страхування».
15.1.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому 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, він 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.
17.2. Страхові платежі визначаються Страховиком з урахуванням строку та умов страхування відповідно до страхових тарифів. В залежності від віку, статі, стану здоров'я та інших факторів, 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.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

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

18.2. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.

Додаток №1

до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

1. Базові (річні) страхові тарифи (у відсотках від розміру страхової суми) визначаються відповідно до таблиці 1 цього Додатку.

Таблиця 1

Базові (річні) страхові тарифи у відсотках (%) від страхової суми

Страхові випадки	Страховий тариф
Гостре захворювання Застрахованої особи, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування, виплата за «Таблицею страхових виплат» або 0,5% страхової суми за кожен день амбулаторного/стаціонарного лікування	5,0%
Загострення хронічного захворювання, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування, виплата за «Таблицею страхових виплат» або 0,5% страхової суми за кожен день амбулаторного/стаціонарного лікування	18,0%
Оперативне втручання	9,0%
Ускладнення при оперативному втручанні	15,0%
Вперше виявлене захворювання Застрахованої особи	12,0%
Встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання	0,5%
Смерть Застрахованої особи внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання	3,0%

2. У залежності від наявності факторів, що впливають на рівень ризику, а саме: збитковості за попередній період, регіону, стану здоров'я, віку, статі, кількості Застрахованих осіб та інших умов, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, до базових страхових тарифів можуть застосовуватись коригуючі коефіцієнти від **0,2** до **6**.
3. Якщо величина встановленої в Договорі страхування виплати за кожен день лікування відмінна від величини виплати, на основі якої розрахований базовий страховий тариф, до базового страхового тарифу може застосовуватись коригуючий коефіцієнт від **0,4** до **3**.
4. При страхуванні окремих страхових подій, що входять до складу страхового випадку, страховий тариф даного страхового випадку встановлюється з врахуванням коригуючого коефіцієнта від **0,2** до **1**.
5. У випадку застосування умовної чи безумовної франшизи страховий тариф встановлюється з врахуванням коригуючого коефіцієнта від **0,2** до **1**.
6. При страхуванні групи страхових випадків з окремими страховими сумами (лімітами відповідальності) страхові тарифи даних страхових випадків встановлюються з врахуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,3** до **1**.
7. У випадку страхування групи страхових випадків з загальною страховою сумою (лімітом відповідальності) страхові тарифи даних страхових випадків встановлюються з застосуванням коригуючих коефіцієнтів від **0,2** до **1**.
8. У разі укладання Договору страхування на строк, менший одного року, до базових страхових тарифів застосовуються коефіцієнти строку дії Договору.

Таблиця 2

Коефіцієнти строку дії Договору

Строк страхування	Коефіцієнти строку дії Договору
до 3 місяців	0,5
до 6 місяців	0,8
до 9 місяців	0,9

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

Актуарій _____ Січка Я.Б.

Свідоцтво №009 від 17 вересня 1999 р.

Додаток № 2

до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

Таблиця страхових виплат

№ п/п	Перелік захворювань	% від страхової суми
1	**2**	**3**
1. Інфекційні та паразитарні хвороби		
1.1.	Сальмопелозні інфекції	15
1.2.	Ботулізм	25
1.3.	Туберкульоз	30
1.4.	Лептоспироз	30
1.5.	Дифтерія	20
1.6.	Бешиха	10
1.7.	Вірусні інфекційні хвороби центральної нервової системи	15
1.8.	Оперізувальний лишай (herpes zoster)	5
1.9.	Вірусний гепатит	25
1.10.	Інфекційний монопукмоз	15
1.11.	Вірусний кон´юктивіт	5
2. Новоутворення		
2.1.	Новоутворення (злоякісні)	40
2.2.	Новоутворення (доброякісні)	25
3. Хвороби крові та кровотворних органів		
3.1.	Залізодефіцитна анемія	15
3.2.	Хвороба селезінки	10
4. Хвороби ендокринної системи		
4.1.	Хвороби щитовидної залози, пов'язані з йодною недостатністю (гіпотеріоз, токсичний зоб)	25
4.2.	Тиреотоксикоз	
4.2.1.	Тиреотоксикоз з дифузним зобом	30
4.2.2.	Тиреотоксикоз з одно вузловим зобом	20
4.2.3.	Тиреотоксикоз з багато вузловим зобом	10
4.3.	Тиреоїдит	10
4.4.	Цукровий діабет	15
4.5.	Гіпоглікімічна кома	5
4.6.	Порушення ендокринних залоз	15
5. Хвороби нервової системи		
5.1.	Запальні хвороби центральної нервової системи (менінгіт, енцефаліт, енцефаломієліт)	25
5.2.	Розсіяний склероз	10
5.3.	Мігрень	3
5.4.	Транзиторні, церебральні, ішемічні напади	15
5.5.	Ураження нервів, нервових корінців (неврити, невралгії)	8
5.6.	Запальні поліневропатії	10
5.7.	Міастенія	10
6. Хвороби ока		
6.1.	Хвороби повік, сльозового апарату (ячмінь, блефарит)	4
6.2.	Кон´юктивіт	5

1	2	3
6.3.	Кератит	8
6.4.	Катаракта	20
6.5.	Іридоцикліт	15
6.6.	Відшарування та розрив сітківки	20
6.7.	Глаукома	25
6.8.	Хвороба зорового нерва	10
7. Хвороби вуха		
7.1.	Гострий зовнішній отит	5
7.2.	Гострий середній отит	10
7.3.	Перфорація барабанної перетинки	10
7.4.	Мастоїдит	5
7.5.	Порушення вестибулярної функції (хвороба Меньєра)	8
8. Хвороби системи кровообігу		
8.1.	Ревматизм	25
8.2.	Хронічні ревматичні хвороби серця	15
8.3.	Гіпертоніча хвороба	8
8.4.	Ішемічна хвороба серця	
8.4.1.	Стенокардія	15
8.4.2.	Інфаркт міокарда	40
8.5.	Хронічна ішемічна хвороба серця	
8.5.1.	Атеросклеротична хвороба серця	10
8.6.	Легеневе серце та порушення легеневого кровообігу	
8.6.1.	Легенева емболія	20
8.7.	Інші хвороби серця	
8.7.1.	Перикардит, ендокардит, міокардит	15
8.7.2.	Неревматичні ураження мі трального, аортального клапанів	10
8.7.3.	Кардіоміопатія	15
8.8.	Порушення серцевого ритму	15
8.9.	Цереброваекулярні хвороби (крововиливи)	40
8.10.	Аневризма аорти	20
8.11.	Артеріосклероз	10
8.12.	Флебіт та тромбофлебіт	30
8.13.	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок	12
8.14.	Геморой	8
8.15.	Гіпотензія	8
9. Хвороби органів дихання		
9.1.	Гострі респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів	
9.1.1.	Синусит (гострий, хронічний)	10
9.1.2.	Лариного-трахеїт (гострий, хронічний)	15
9.1.3.	Тонзиліт (гострий, хронічний)	10
9.2.	Грип	12
9.3.	Пневмонія	20
9.4.	Бронхіт	16
9.5.	Бронхіальна астма	20
9.6.	Бронхоектатична хвороба	15
9.7.	Фіброз легеневої тканини	20
9.8.	Абсцес легені та середостінки	25
9.10.	Плеврит	18
9.11.	Пневмоторакс	20
10. Хвороби органів травлення		

1	2	3
10.1.	Хвороби стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки	
10.1.1.	Виразки шлунку або дванадцятипалої кишки	25
10.1.2.	Гастрит (гострий, хронічний)	15
10.1.3.	Гастрит та дуоденіт	20
10.2.	Гострий апендицит	12
10.3.	Кила	15
10.4.	Ентерит та коліт	10
10.5.	Пара проктит	12
10.6.	Перитоніт	25
10.7.	Гепатит хронічний	20
10.8.	Холецистит	15
10.9.	Холецистит калькульозний	25
10.10.	Панкреатит (гострий, хронічний)	20
11. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини		
11.1.	Абсцес	8
11.2.	Фурункул	5
11.3.	Карбункул	12
11.4.	Флегмона	15
11.5.	Гострий лімфаденіт	15
11.6.	Пухирчатка	15
11.7.	Дерматит та екземи	10
11.8.	Псоріаз (до 50% ураження)	20
11.9.	Кропивниця	15
11.10.	Лишай (простий, хронічний, рожевий (Зібера), червоний)	8
11.11.	Інші хвороби шкіри	
11.11.1.	Вітиліго (порушення пігментації)	3
11.11.2.	Червоний вовчак	35
11.11.3.	Склеродермія	30
12. Хвороби кістково-м’язової системи і сполучної тканини		
12.1.	Інфекційний артрит	25
12.2.	Ревматоїдний артрит	30
12.3.	Подагра	10
12.4.	Сколіоз	10
12.5.	Остеохондроз хребта	15
12.6.	Ураження міжхребетних дисків	20
12.7.	Міозит	5
12.8.	Остеомієліт	20
13. Хвороби сечостатевої системи		
13.1.	Нефрит	15
13.2.	Гломерулонефрит	18
13.3.	Гострий пієлонефрит	20
13.4.	Хронічний пієлонефрит	15
13.5.	Ниркова недостатність	
13.5.1.	Гостра (гемодіаліз)	15
13.5.2.	Хронічна (гемодіаліз)	10
13.6.	Сечокам´яна хвороба	20
13.7.	Ниркові коліки	15
13.8.	Цистит	5
13.9.	Простатит гострий	12
13.10.	Гострий сальпінгіт, сальпінгоофорит	10

1	2	3
13.11.	Хронічний сальпінгіт, сальпінгоофорит	10
13.12.	Гострий параметрит	10
13.13.	Незапальні захворювання матки, придатків	8
13.14.	Поліп жіночих статевих органів	20
13.15.	Мастопатія	5
14. Вагітність, пологи та післяпологовий період		
14.1.	Позаматкова вагітність	25
14.2.	Медичний аборт (за медичними показами)	15
14.3.	Ускладнення внаслідок аборту, позаматкової вагітності	10
14.4.	Розрив промежини при розродженні	8
14.5.	Післяпологова кровотеча	15

Актуарій _____ Січка Я.Б.

Свідоцтво №009 від 17 вересня 1999 р.

В цьому документі прошито
та пронумеровано 17
сімнадцять аркушів

підпис

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

_____ Н.В. Безбах

ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 1

до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція),

затверджених 21.05.2009 р.

Київ – 2017

1. **Пункт 1.1 Правил** добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби (нова редакція) (далі – **Правила**) **викласти в новій редакції:**

"1.1. Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "Перша" (далі – Страховик) на підставі цих Правил добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби (нова редакція) (далі – Правила) укладає договори добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби (далі – Договір страхування, Договір) із юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі – Страхувальники)."

2. **Доповнити Правила пунктом 1.4 такого змісту:**

"1.4. Добровільне страхування здоров’я на випадок хвороби 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 у випадку смерті Застрахованої особи, тимчасової втрати нею працездатності, встановлення їй інвалідності внаслідок хвороби або у випадку її захворювання на хворобу, передбачену Договором страхування, яка сталася із Застрахованою особою під час дії Договору страхування."

3. **Доповнити пункт 2 Правил 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."

4. **Пункт 3.1 Правил викласти в новій редакції:**

"3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи."

5. **Доповнити Правила пунктами 8.9–8.10 такого змісту:**

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

– в електронній формі;

– в паперовій формі.

8.9.1. 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.

8.9.2. 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).

8.9.3. 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.

8.9.4. 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;

8.9.5. 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.

8.9.6. 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.

8.9.7. Після здійснення акцепту та набрання Договором страхування законної сили Клієнт набуває статусу Страхувальника.

8.10. Договори страхування, укладені відповідно до п.8.9 цих Правил, вважаються такими, що укладені у письмовій формі із врахуванням вимог порядку укладення договорів страхування, визначених Законом України "Про страхування" та цими Правилами."

6. **У пункта 11.1.6 та 11.1.7 Правил слова "**до 16 років**" замінити на "**до 18 років**".**

7. **Пункт 12.2.5 Правил викласти в новій редакції:**

"12.2.5. у разі встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі:

- I групи – 70% – 100% страхової суми;
- II групи – 50% – 80% страхової суми;
- III групи – 30% – 60% страхової суми;
- Категорії "дитина-інвалід" або "дитина-інвалід підгрупи А" (для Застрахованих осіб віком до 18 років – 50% – 100% страхової суми;

Конкретний розмір страхової виплати у випадку встановлення Застрахованій особі групи або категорії інвалідності встановлюється у Договорі страхування за згодою сторін".

8. **Доповнити Правила пунктами 18.3 та 18.4 такого змісту:**

18.3. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування.

18.4. 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."

В цьому документі прошито, пронумеровано
та скріплено печаткою
3 (три) аркуші
Генеральний директор СК "Перша"

Н.В.Безбах

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказом Генерального директора
Приватного акціонерного товариства
"Страхова компанія "Перша"
"11" березня 2019 року
№ 13/04

_____ Н.В. Безбах

ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ №2

до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція),

затверджених 21.05.2009 р.

1. Додаток №1 до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (нова редакція), затверджених 21.05.2009 р., викласти у новій редакції, що наведено у Додатку 1 до цих Змін та доповнень №2.

Додаток №1
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби (нова редакція)
від 21.05.2009 р.

СТРАХОВІ ТАРИФИ
за добровільним страхуванням здоров'я на випадок хвороби

1. Базові річні страхові тарифи

Таблиця 1

Страхові випадки	Базові річні страхові тарифи (% від страхової суми)
Гостре захворювання Застрахованої особи, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування, виплата за «Таблицею страхових виплат» або 0,5% страхової суми за кожен день амбулаторного/стаціонарного лікування	5,0%
Загострення хронічного захворювання, що вимагає амбулаторного або стаціонарного лікування, виплата за «Таблицею страхових виплат» або 0,5% страхової суми за кожен день амбулаторного/стаціонарного лікування	18,0%
Оперативне втручання	9,0%
Ускладнення при оперативному втручанні	15,0%
Вперше виявлене захворювання Застрахованої особи	12,0%
Встановлення первинної інвалідності Застрахованій особі внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання	0,5%
Смерть Застрахованої особи внаслідок гострого (загострення хронічного) захворювання	3,0%

2. Коригувальні коефіцієнти

2.1. Якщо величина встановленої в Договорі страхування виплати за кожен день лікування відмінна від величини виплати, на основі якої розрахований базовий річний страховий тариф, до базового річного страхового тарифу може застосовуватись коригувальний коефіцієнт **від 0,04 до 3,0**.

2.2. При страхуванні окремих страхових подій, що входять до складу страхового випадку, до базового річного страхового тарифу може застосовуватись коригувальний коефіцієнт **від 0,02 до 1,0**.

2.3. При застосуванні умовної чи безумовної франшизи до базового страхового тарифу може застосовуватись коригувальний коефіцієнт **від 0,02 до 1,0**.

2.4. При страхуванні групи страхових випадків з окремими страховими сумами (лімітами відповідальності) до базового річного страхового тарифу може застосовуватись коригувальний коефіцієнт **від 0,03 до 1,0**.

2.5. У випадку страхування групи страхових випадків з загальною страховою сумою (лімітом відповідальності) до базового річного страхового тарифу може застосовуватись коригувальний коефіцієнт **від 0,02 до 1,0**.

2.6. У разі укладання Договору страхування на строк менше одного року може застосовуватись коригувальний **коефіцієнт короткостроковості**:

Таблиця 2

Строк дії Договору, міс	до 3	до 4	до 5	до 6	до 7	до 8	до 9	до 10	до 11	до 12
Коефіцієнт короткостроковості	0,20-0,55	0,30-0,60	0,40-0,65	0,50-0,70	0,55-0,75	0,60-0,80	0,65-0,85	0,70-0,90	0,75-0,95	0,80-1,00

Неповний місяць вважається за повний.

2.7. **Андерайтерський коефіцієнт**: понижувальний (від 0,05 до 1,0) та підвищувальний (від 1,001 до 7,0) коригувальний коефіцієнт, що залежить від ступеня страхових ризиків та обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, зокрема збитковості за попередній період, регіону, стану здоров'я, віку, статі, кількості Застрахованих осіб тощо:

3. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін шляхом множення базового річного страхового тарифу на коригувальні коефіцієнти.

4. Максимальна величина нормативу витрат на ведення справи становить 60% від страхового тарифу. Конкретний розмір нормативу витрат на ведення справи визначається у Договорі страхування.

Актуарій _____ /_____/Луць А.О.

(свідоцтво № 01-024 від 10.01.2017 р.)

В цьому документі прошито, пронумеровано
та скріплено печаткою
4 (чотири) аркушів
Генеральний директор СК "Перша"

Н.В.Безбах