



## ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

### 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

На підставі цих Правил ВАТ "Страхова компанія "Алькона" (надалі - Страховик) укладає Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), надалі - Договір страхування, фізичних осіб (надалі - Застраховані особи) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальник).

СТРАХУВАЛЬНИКОМ є юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Страхувальники мають право укласти Договори власного страхування або страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за згодою цих осіб.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - фізична особа віком від 0 до 70 років, на користь якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

У випадку коли Страхувальник уклав Договір власного страхування, він одночасно є і Застрахованою особою.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ – це письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (надати допомогу, виконати послугу, тощо) Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Страхові виплати здійснюються незалежно від суми, яку має отримати Застрахована особа за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути їй сплачена як відшкодування збитків.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (СТРАХОВИЙ ВНЕСОК, СТРАХОВА ПРЕМІЯ) – грошова сума, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

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

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

СТРАХОВИЙ РИЗИК - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** - подія, передбачена умовами Договору страхування, яка відбулась після початку дії Договору страхування і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

**СТРАХОВА ВИПЛАТА** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

**ПРОГРАМА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ** – програма, яка визначає обсяги й умови надання медичної та лікувальної допомоги (послуги) Застрахованій особі за Договором страхування.

**Заклад охорони здоров'я** - підприємства, установи та організації, діяльність яких пов'язана із забезпеченням різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних та лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

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

**АПТЕКА** – заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, санаторно-профілактичних, лікувально-профілактичних, фізкультурно-оздоровчих, санаторно-курортних, науково-медичних та інших закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення, що необхідні для надання медичної допомоги.

**ДОВІРЕНА ОСОБА** – особа, яка згідно з письмовим або усним розпорядженням Застрахованої особи при наявності рецепту (вимоги) лікаря має право отримати медикаменти та медичні матеріали.

**Асистуюча компанія** - посередник між Страховиком, медичним закладом та аптекою, що організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої програмою медичного страхування

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Предметом договору страхування згідно з Правилами є майнові інтереси Страхувальника або Застрахованої особи, що не суперечать законодавству України і пов'язані з його здоров'ям.

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

3.1. Розмір страхової суми встановлюється за згодою сторін при укладенні Договору страхування.

3.2. Загальний розмір страхових виплат за страховими випадками щодо кожної Застрахованої особи не може перевищувати страхової суми, визначеної в Договорі страхування щодо цієї особи.

3.3. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.4. В період дії Договору страхування Страхувальник за згодою Страховика може збільшити розмір страхової суми шляхом укладення додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу.

3.4.1. При збільшенні страхової суми величина доплати страхового платежу (Д) розраховується за формулою (1) за кожним предметом договору страхування окремо

$$D = (P2 - P1) \times K \quad (1)$$

де: П1, П2 – страховий платіж по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;

К - коефіцієнт короткостроковості, який визначається відповідно до кількості повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування згідно таблиці №1. При цьому розрахунок за неповний місяць здійснюється як за повний.

#### **4. СТРАХОВИЙ РИЗИК (СТРАХОВИЙ ВИПАДОК)**

4.1. Страховими ризиками, на випадок виникнення яких проводиться страхування, є наступні події:

- хвороба Застрахованої особи;
- хвороба Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

4.2. У разі настання страхового випадку у Страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату шляхом:

- оплати медичному закладу вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги (послуги);
- оплати аптеці або іншому закладу охорони здоров'я вартості медикаментів, медичних матеріалів, які за призначенням лікаря (рецепт, вимога) та відповідно до умов Договору страхування були видані Застрахованій або довірєній особі;
- відшкодувати Застрахованій особі або її довірєній особі готівкою суми, витраченої нею на отримання медичної допомоги, медичних послуг, придбання медикаментів, медичних матеріалів, якщо це обумовлено Договором страхування;

4.3. Страховим випадком за цими Правилами вважається звернення Застрахованої особи під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку з метою одержання лікувальної, профілактичної допомоги, медичних послуг, консультативної допомоги у межах та в обсязі програми медичного страхування, що обумовлена Договором страхування.

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

5.1. Страховими випадками не визнаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані з:

5.1.1. Захворюванням на особливо небезпечні інфекційні хвороби (чума, холера, тиф, сибірська виразка і т.п.)

5.1.2. Новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, вагітністю, якщо відповідний діагноз установлений медичним закладом до початку дії Договору та на протязі перших двох місяців після набуття чинності Договором страхування.

5.1.3. Пологами, якщо вагітність наступила до початку дії Договору.

5.1.4. Позаматковою вагітністю, якщо факт позаматкової вагітності встановлено раніше ніж за два місяці з дня набуття чинності Договору страхування.

5.1.5. Захворюваннями, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування, нетрадиційних методів лікування.

5.1.6. Вродженими пороками, інвалідністю.

5.1.7. Станами, які є наслідком замаху на самогубство Застрахованої особи за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб.

5.1.8. Захворюваннями, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

5.1.9. Хронічними захворюваннями, якщо Застрахована особа була хвора на момент укладення договору страхування, за винятком випадків їх загострення.

5.2. Не укладаються Договори про страхування осіб, які на час укладення Договору є хворими на онкологічні хвороби, хворими з тяжкими формами серцево-судинної системи, нервової системи, печінковою та нирковою недостатністю, ВіЛ-інфікованими, інфікованими вірусом гепатиту В, С, Е, Д, ні А ні В, особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, венерологічних диспансерах.

Як виняток Страховик може приймати на страхування окремі категорії громадян з хворобами, визначеними пунктами 5.1 та 5.2 цих Правил на особливих умовах з відповідними, до специфіки такої групи ризику, обмеженнями у обсязі відповідальності Страховика і за спеціально розрахованими тарифними ставками.

5.3. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

а) під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в країні або на території дії Договору страхування.

б) під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, путчу, локауту або терористичного акту;

в) у випадку впливу ядерної енергії;

г) в результаті протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищевказаними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому, передбаченому законодавством порядку.

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

6.1 Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін і визначається в Договорі страхування.

6.2. Договір страхування діє на території, обумовленій Договором страхування.

## **7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

7.1. Договір страхування укладається відповідно до Правил страхування та повинен містити:

- Назву документа;
- Назву та адресу Страховика;
- Прізвище, ім'я та по батькові Страхувальника (його назву, якщо це юридична особа) та Застрахованої особи, їх адреси та дати народження;
- зазначення предмету договору страхування;
- розмір страхової суми;
- перелік страхових випадків;
- медичні заклади (установи, аптеки), які забезпечують надання медичної допомоги та медичних послуг Застрахованій особі;
- розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати;
- страховий тариф;
- строк дії Договору;

- порядок зміни і припинення дії Договору;
- умови здійснення страхової виплати;
- причини відмови у страховій виплаті;
- права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору;
- інші умови за згодою сторін;
- підписи сторін.

7.2. Договори страхування укладаються в колективній (договір страхування укладається на групу осіб) та індивідуальній (договір страхування укладається на одну особу) формі.

7.3. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим способом заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

7.4. При здійсненні колективного страхування Страхувальник - юридична особа до заяви додає список осіб, на яких буде направлено дію страхового захисту за Договором страхування із зазначенням прізвища, імені, по батькові, віку та домашньої адреси кожної Застрахованої особи. Страхувальник також повинен надати додаткову інформацію щодо Застрахованих осіб на письмовий запит Страховика. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

7.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Порядок набуття чинності Договору страхування, що визначається в Договорі страхування може бути:

а) при розрахунках готівкою – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу;

б) при безготівкових розрахунках – з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика в повному обсязі або визначеній частині;

в) після закінчення "періоду очікування".

"Період очікування" – період, протягом якого звернення Застрахованої особи в медичний заклад страховим випадком за Договором страхування не вважається;

г) з дня, наступного за днем підписання Договору страхування двома сторонами.

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

7.7. Договором страхування можуть бути передбачені наступні програми медичного страхування (надалі - програми):

Програма "А" - "Лікування та обстеження в амбулаторно-поліклінічних умовах". За умовами цієї програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі при амбулаторно - поліклінічному лікуванні та обстеженні в медичних закладах, визначених Договором страхування або в інших медичних закладах (за умови погодження із Страховиком). За умовами Договору страхування ця програма може також гарантувати здійснення страхової виплати при лікуванні в умовах денного стаціонару, а також оплату призначених лікарем медикаментів та медичних матеріалів.

Програма "Б" - "Стаціонарне лікування". За умовами цієї програми Страховик гарантує здійснення страхової виплати шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі в умовах стаціонару в медичних

закладах, визначених Договором страхування або в інших медичних закладах (за умови погодження із Страховиком).

Програма Ш - "Швидка та невідкладна медична допомога". За умовами цієї програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі бригадою швидкої та невідкладної допомоги медичних закладів, визначених Договором страхування або інших медичних закладів (за умови погодження із Страховиком).

Програма "Сімейний лікар". За умовами цієї програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості послуг профілактичного, лікувального, консультативного, діагностичного напрямків клініки сімейного лікаря, визначеної Договором страхування.

Страховик може пропонувати Страхувальнику комплексні програми, а також програми по окремим нозологіям та групам нозологій (за спеціалізацією, за органами та системами).

Договором страхування додатково може бути обумовлена відповідальність Страховика щодо оплати:

- Перевезення хворих медичним, залізничним, повітряним, наземним видами транспорту для надання необхідної медичної допомоги.
- Перебування Застрахованої особи в стаціонарі в одно-, двохмісній палаті, в палаті підвищеної комфортності, "люкс" палаті.
- Медичної реабілітації.
- Санаторно-курортного лікування та оздоровлення як вид реабілітаційної допомоги після гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми.
- Проведення профілактичних заходів з метою збереження здоров'я.
- Індивідуального харчування в стаціонарних умовах.
- Індивідуального догляду в стаціонарних умовах або вдома (у разі хвороби).
- Проведення періодичних профілактичних оглядів з метою своєчасного виявлення захворювання.
- Лікування, обстеження та оздоровлення (як вид реабілітаційної допомоги після гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми) за межами України.

7.8. Договір колективного страхування укладається з юридичними особами на користь третіх осіб (співробітників та (можливо) членів їх сімей) за умов, що кількість осіб в списку осіб, наданому Страхувальником Страховику складає не менше 75% від загальної кількості працюючих в колективі (підрозділі) в цілому. При цьому Договір колективного страхування може бути укладений без попереднього медичного обстеження (заповнення декларації здоров'я) осіб, зазначених в списку, наданому Страхувальником Страховику.

7.9. Для визначення належності Застрахованих осіб до груп ризику Страховик має право запросити у Страхувальника медичну інформацію (первинну медичну документацію, заповнену декларацію здоров'я, результати визначеного Страховиком попереднього медичного обстеження) про стан здоров'я щодо окремих осіб, зазначених у списку.

У випадку визначення належності таких осіб до групи підвищеного ризику (групи IV-VII) Страховик може відмовити Страхувальнику в прийнятті страхової відповідальності за тією хворобою, що виявлена у Застрахованої особи та в результаті якої вона була віднесена до групи підвищеного ризику, або визначає відповідний

розмір страхового платежу, розрахований з урахуванням поправочного коефіцієнту стосовно такої групи ризику.

При внесенні Страхувальником до списку, що надається Страховику, колективу (підрозділу) чисельністю менше ніж 75% від загальної кількості працюючих, Страховик визначає необхідність проведення аналізу їх здоров'я або визначає підвищувальний процент для розрахунку страхового платежу, який складає різницю між 75% загальної кількості колективу та фактичним відсотком Застрахованих осіб від загальної кількості колективу.

7.10. Договори індивідуального страхування укладаються після попереднього медичного обстеження особи, на користь якої укладається Договір страхування, або оформлення декларації здоров'я при наданні Страховику первинного медичного документу (амбулаторної картки). Об'єм попереднього медичного обстеження визначається Страховиком.

Страховик організовує попереднє медичне обстеження за рахунок коштів Страхувальника.

7.11. На підставі висновків попереднього медичного обстеження (декларації здоров'я, амбулаторної картки) Страховик визначає групу ризику та пропонує Страхувальнику відповідний страховий внесок, розрахований з урахуванням поправочного коефіцієнту:

- група ризику I - здорові особи віком 18-29 років, одружені, без обтяжливої спадковості, без шкідливих звичок, які не мають хронічних захворювань, алергічних проявів, вроджених вад, прооперовані з приводу гострого апендициту (але не гангренозного), не мали інших операцій, травм, не відносяться до категорії часто хворюючих гострими респіраторними хворобами (хворіють не більше 2-х разів на рік), не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами праці, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною радіоактивністю. Не займаються ризиковими видами спорту. Жінки - гінекологічно здорові, що не планують дітонородження в період дії Договору страхування. Ротова порожнина не підлягає санації та не санована.

Застосовується поправочний коефіцієнт 0,2-0,7;

- група ризику II - здорові особи віком 18-40 років, які в анамнезі мають операції і травми без наслідків, гострі дитячі захворювання, без шкідливих звичок, які не мають хронічних захворювань, алергічних проявів, вроджених вад, не відносяться до категорії часто хворюючих гострими респіраторними хворобами (не більше 2-х разів на рік), не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами праці, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною радіоактивністю. Не займаються ризиковими видами спорту. Жінки - гінекологічно здорові, що не планують дітонородження в період дії Договору страхування. Ротова порожнина не підлягає санації, сановані 2-3 зуба.

Застосовується поправочний коефіцієнт 0,7-0,9;

- група ризику III - особи віком 40-50 років та 7-13 років, всі інші вікові категорії, які не мають хронічних та алергічних захворювань, курять не більше 5-10 сигарет в день на протязі не більше 3-х років, споживають спиртні напої рідко (в святкові дні), мають обтяжливу спадковість (крім цукрового діабету), періодично хворіють гострими захворюваннями (не більше 4 разів на рік), в анамнезі мають черепно-мозкові травми без наслідків, не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами праці, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною радіоактивністю, жінки дітородного віку. Ротова порожнина не підлягає санації,

сановано не більше 3-х зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,0-1,2;

- група ризику IV - особи віком 50-60 років, 14-18 років, 3-6 років, всі інші особи, які мають хронічні захворювання з загостренням не більше 2-х разів на рік, алергічні захворювання в анамнезі, обтяжливу спадковість на цукровий діабет, курять більше 10 сигарет за день, періодично вживають спиртні напої (1-2 рази в тиждень), часто (більше 4-х разів на рік) хворіють гострими респіраторними захворюваннями, працюють на виробництві з шкідливими умовами праці, проживають в IV зоні радіоактивного забруднення). Ротова порожнина не санована, підлягає санації 1-3 зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,2-1,5;

- група ризику V - вік 60-70 років, діти від 1 до 3 років (здорові), всі вікові категорії, які мають хронічні захворювання з загостренням більше 2-х разів на рік, алергічні хвороби, зловживають курінням (більше 20 сигарет в день), алкоголем, працюють на виробництві з шкідливими умовами праці, проживають в III зоні радіоактивного забруднення). Ротова порожнина не санована, підлягає санації не більше 5 зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,5-3,0;

- група ризику VI - вік старше 70 років, діти до 1 року, всі вікові категорії, які мають хронічні захворювання в стадії субкомпенсації, жовчно-, нирково- камінне захворювання, які не підлягають плановому хірургічному лікуванню. Діти 1 року з вродженими вадами, але такими що не загрожують життю і здоров'ю. Ротова порожнина не санована, підлягає санації більше 5 зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 2,5 – 4,0;

- група ризику VII - всі вікові категорії, які мають хронічні захворювання в стадії декомпенсації, захворювання, які підлягають плановому хірургічному лікуванню. Діти з вродженими вадами, які при обставинах можуть загрожувати здоров'ю і життю.

Застосовується поправочний коефіцієнт 4,0 – 5,0;

7.12. Страховик приймає рішення про укладання Договору страхування протягом десяти днів після того, як Страхувальник заявить про свій намір укласти Договір страхування.

7.13. Якщо Договір страхування укладається з юридичною особою, то Страховик видає кожній Застрахованій особі (згідно списку Страхувальника) страхову картку, яка засвідчує право Застрахованої особи на отримання медичних послуг в медичному закладі, з яким Страховик має Договір про співробітництво, або в інших медичних закладах (за умови погодження із Страховиком).

7.14. Застрахованій особі забороняється передавати іменну страхову картку іншим особам з метою отримання ними медичних послуг за Договором страхування.

Якщо буде встановлено, що Застрахована особа передала іншій особі страхову картку з метою отримання іншою особою медичних послуг за Договором страхування, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування у відношенні такої особи. Повернення страхових внесків в цьому випадку виконується в порядку, передбаченому цими Правилами.

7.15. При втраті Застрахованою особою Договору страхування, іншого документу, що посвідчує факт страхування (страхової картки - при колективному страхуванні), вона повинна негайно повідомити про це Страховика. Втрачені документи вважаються недійсними і не можуть бути основою для отримання медичних послуг у відповідності до Договору страхування.



Страховик замість втраченого документу видає дублікат.

У разі повторної втрати такого документу протягом дії Договору страхування Страхувальник сплачує Страховику грошову суму в розмірі вартості його виготовлення.

7.16. У разі колективного страхування Страховик видає Страхувальнику страхові картки, відповідно до списку Застрахованих осіб протягом семи днів (не враховуючі вихідних, святкових та неробочих днів) з дня набуття чинності Договору страхування. Якщо Договір страхування набирає чинності після "періоду очікування" то страхові картки видаються протягом семи днів з дня сплати страхового платежу.

7.17. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику. У цьому разі істотними можуть бути визнані обставини, що спеціально обумовлені Страховиком в Договорі страхування (страховому полісі) або в його письмовому запиті.

Якщо Договір страхування укладено при відсутності відповідей Страхувальника на запит Страховика, останній не може в подальшому вимагати розірвання Договору або визнання його недійсним на підставі, що відповідна інформація не була надана Страхувальником.

Якщо після укладення Договору страхування було встановлено, що Страхувальник повідомив наперед неправдиві відомості про предмет договору страхування (обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику), Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та/або відмовити у здійсненні страхової виплати, за винятком випадків, коли обставини, про які не повідомив Страхувальник, на момент їх виявлення змінилися.

7.18. Страховик при укладанні Договору страхування зобов'язаний ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

7.19. Якщо протягом дії Договору колективного страхування Застрахована особа (працівник Страхувальника) припиняє трудові відносини з Страхувальником-юридичною особою, то на підставі письмового повідомлення Страховика дія Договору страхування щодо такої особи припиняється.

Страхові картки осіб, виключених із списку Застрахованих осіб, повертаються Страховику.

7.20. Не пізніше ніж за 3 місяці до закінчення дії Договору страхування, Страхувальник-юридична особа має право збільшити кількість Застрахованих осіб. В такому випадку Страхувальник надає Страховику необхідну інформацію на відповідних Застрахованих осіб. При цьому сторонами укладається додаткова угода до Договору страхування.

Розрахунки страхового платежу за додатковою угодою проводяться згідно з цими Правилами за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування.

Новим Застрахованим особам Страховик видає нові страхові картки протягом семи днів (не враховуючі вихідних, святкових та неробочих днів) з дня набуття чинності додаткової угоди до Договору страхування. Якщо додаткова угода до Договору страхування набирає чинності після "періоду очікування" то страхові картки видаються протягом семи днів з дня сплати страхового платежу.

## **8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **8.1. Страхувальник має право:**

8.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримувати медичну допомогу, медичні послуги, медикаменти, медичні

матеріали та інші послуги, що пов'язані з розладом його здоров'я в медичних закладах, визначених Договором страхування, та відповідно до його умов.

8.1.2. Контролювати обсяг та якість медичних послуг, що надаються Застрахованій особі медичними закладами та закладами охорони здоров'я згідно з умовами, передбаченими Договором страхування. При наявності відомостей про ненадання або неякісне надання Застрахованій особі медичних послуг, негайно письмово повідомити про це Страховика.

При відсутності у Страхувальника можливості повідомити про це Страховика, надати зазначену інформацію може будь-яка уповноважена Страхувальником особа (або Застрахована особа).

8.1.3. Протягом строку дії Договору розширити перелік програм страхування та збільшити страхову суму, що визначені у Договорі страхування, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу. Додаткова угода починає діяти з дати сплати додаткового страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.1.4. Достроково припинити дію Договору страхування шляхом подачі Страховику письмової заяви в строки, передбачені Договором страхування.

8.1.5. Збільшити кількість Застрахованих осіб при колективній формі страхування у порядку, передбаченому пунктом 7.20 цих Правил.

8.1.6. У випадку звільнення Застрахованої особи (за Договором колективного страхування) виключити її з списку Застрахованих осіб, повідомивши про це Страховика в письмовій формі.

8.1.7. Страхувальник-юридична особа має право збільшити кількість Застрахованих осіб. В такому випадку Страхувальник надає Страховику необхідну інформацію на відповідних Застрахованих осіб. При цьому сторонами укладається додаткова угода до Договору страхування.

## **8.2. Застрахована особа має право:**

8.2.1. На сплату за рахунок страхової суми медичної допомоги, медичних послуг, медикаментів, медичних матеріалів в медичних закладах, визначених Договором страхування та згідно його умов.

8.2.2. Отримувати від Страховика грошову компенсацію витрат, що пов'язані із її лікуванням у випадках, передбачених умовами Договору страхування.

8.2.3. Повідомляти Страховику про випадки не надання медичної допомоги, медичних послуг, неповного або неякісного надання такої допомоги або послуг медичним закладом, з яким Страховик має договір щодо обслуговування Застрахованих осіб.

8.2.4. Взяти на себе обов'язки Страхувальника - юридичної особи, які передбачені в п. 8.4 цих Правил, у випадку його ліквідації.

## **8.3. Страховик має право:**

8.3.1. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію (у т.ч. результати медичних обстежень), а також контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування.

8.3.2. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ, підприємств та організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини його настання.

8.3.3. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження (заповнення декларації здоров'я) та за результатами приймати рішення щодо умов укладення Договору страхування.

8.3.4. Достроково припинити дію Договору страхування згідно з його умовами та цими Правилами. Про намір достроково припинити дію Договору страхування письмово повідомити Страхувальника не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення із зазначенням причини такої вимоги.

8.3.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, зазначених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, а також у випадках, передбачених розділом 11 цих Правил.

8.3.6. При наявності сумнівів щодо підстав для здійснення страхової виплати, відстрочити таку виплату до отримання підтвердження цих підстав на термін, що не перевищує 3 (трьох) місяців.

8.3.7. У випадку порушення Застрахованою особою Правил внутрішнього розпорядку медичного закладу, невиконання призначення лікаря і приписаного режиму достроково припинити дію Договору страхування в відношенні до вказаної особи, про що Страховик в письмовій формі сповіщає Страхувальника.

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

8.4.1. Сплачувати страхові платежі в строки та в обсягах, що визначені Договором страхування.

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

8.4.3. Сповістити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з дня його настання будь-яким засобом, що дозволяє зафіксувати факт повідомлення (шляхом використання телефонограми, факсу, електронної пошти тощо).

8.4.4. Не розголошувати відомостей, що становлять комерційну таємницю Страховика та стали відомі Страхувальнику при укладанні Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законодавством.

8.4.5. Повідомити Страховика про інші чинні Договори особистого страхування стосовно кожної Застрахованої особи.

8.4.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

8.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страхувальник зобов'язаний:

8.5.1. В письмовій формі повідомляти Страховика про зміни, які він має намір внести в умови Договору страхування.

8.5.2. Змінити на підставі письмового обґрунтованого розрахунку, що надається Страховиком, розмір страхової суми та відповідно страхового платежу, визначені в Договорі страхування, при змінах цін на медичні послуги (медикаменти), що мають надаватися Застрахованим особам за умов Договору страхування шляхом укладення додаткової письмової угоди із Страховиком у порядку, передбаченому розділом 13 цих Правил.

8.5.3. При бажанні збільшити кількість Застрахованих осіб надати Страховику інформацію про осіб, що додатково страхуються і сплатити за них страхові платежі за час від їх включення в список Застрахованих до дати закінчення Договору (за додатковою угодою до Договору страхування).

8.5.4. В межах своєї компетенції постійно вживати заходів щодо запобігання на власному виробництві впливу шкідливих факторів на здоров'я Застрахованих осіб (при колективному страхуванні).

8.6. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

8.6.1. Виконувати приписи лікаря, отримані в ході надання медичної допомоги, додержуватися розпорядку, який встановлено медичним закладом.

8.6.2. Зберігати документи по страхуванню і не передавати їх іншим особам з метою одержання останніми медичних послуг.

8.6.3. Надавати Страховику необхідні документи, пов'язані з виконанням умов Договору страхування.

8.6.4. Звертатися під час дії Договору страхування до медичного закладу з переліку медичних закладів, передбачених Договором страхування, у зв'язку з гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання або травмою, отруєнням, наслідками нещасного випадку з метою одержання лікувальної, профілактичної допомоги, медичних послуг, консультативної допомоги у межах та в обсязі програми медичного страхування, що обумовлена Договором страхування.

8.6.5. Повідомляти Страховика про випадки відмови у наданні та випадки неповного або неякісного надання медичної допомоги, медичних послуг медичними закладами, з якими Страховик має відповідні Договори.

8.6.6. Сповістити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з дня його настання будь-яким засобом, що дозволяє зафіксувати факт повідомлення (шляхом використання телефонограми, факсу, електронної пошти тощо).

#### **8.7. Страховик зобов'язаний:**

8.7.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

8.7.2. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у терміни, передбачені п.10.13 Правил, шляхом оплати вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та медичних послуг згідно з розділом 10 цих Правил.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом.

8.7.3. Здійснювати постійний контроль якості і складу медичних послуг, що надаються Застрахованим особам в медичних закладах, з якими Страховик має відповідний Договір.

8.7.4. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

8.7.5. Договором страхування може бути передбачено, що Страхувальник зобов'язаний змінити за додатковою письмовою угодою із Страхувальником розмір страхової суми та відповідно страхового платежу, визначені в Договорі страхування, при змінах цін на медичні послуги (медикаменти), що мають надаватися Застрахованим особам за умов Договору страхування, для чого надати Страхувальнику у письмовій формі обґрунтований розрахунок розміру страхової суми та відповідно страхового платежу у порядку, передбаченому розділом 13 цих Правил.

8.8. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

8.9. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.

### **9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

9.1. У разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку Застрахована особа для отримання медичної допомоги або

медичних послуг за Договором страхування повинна звернутися до медичного закладу з переліку визначених у Договорі страхування або до інших закладів охорони здоров'я за умови погодження із Страховиком. Умовами Договору страхування може бути визначено, що Застрахована особа спочатку звертається за телефоном до диспетчера Страховика або асистуючої компанії, які визначають медичний заклад, в якому буде надана медична допомога (медична послуга, медикаментозне забезпечення і т.д.) Застрахованій особі. Контактні телефони, за якими звертається Застрахована особа при настанні страхового випадку вказуються в Договорі страхування та в страховій картці (при колективному Договорі).

9.2. При зверненні до медичного закладу Застрахована особа повинна пред'явити такі документи:

а) оригінал Договору страхування (при колективному страхуванні – страхову картку);

б) документ, що посвідчує особу;

в) інші документи, обумовлені Договором страхування.

9.3. Страховик здійснює страхову виплату згідно з розділом 10 цих Правил.

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

10.1. Страхова виплата здійснюється Страховиком за страховими випадками, що передбачені Договором страхування.

10.2. Підставою для здійснення страхової виплати є факт настання страхового випадку, а саме звернення Застрахованої особи до медичного закладу з числа зазначених в Договорі страхування в разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєнні та інших нещасних випадках за отриманням консультативної, діагностичної, профілактичної та лікувальної допомоги, що передбачено умовами Договору страхування.

10.3. Страхова виплата здійснюється Страховиком у формі оплати вартості медичної допомоги (послуг), наданої Застрахованій особі медичним закладом (аптекою), приватним лікарем, з якими Страховик уклав договір про надання медичних послуг (медичної допомоги) по відповідній програмі страхування, або, на підставі документів медичного закладу, іншій установі, діяльність якої пов'язана із забезпеченням різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я.

10.4. Розмір страхової виплати визначається за фактичною вартістю медичної допомоги та медичних послуг, наданих Застрахованій особі, за цінами узгодженими Страховиком та медичним закладом у договорі щодо обслуговування Застрахованих осіб.

10.5. Оплата здійснюється шляхом перерахування Страховиком коштів на розрахунковий рахунок медичного закладу відповідно до договору між Страховиком і медичним закладом про надання медичної допомоги (послуг) Застрахованим особам. В договорі між Страховиком і медичним закладом визначаються документи, що повинні бути надані медичним закладом до Страховика та які підтверджують настання страхового випадку і є підставою для здійснення Страховиком страхової виплати.

10.6. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості наданої медичним закладом Застрахованій особі медичної допомоги (послуги) на підставі:

- страхового акту;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку (медична довідка, підписана відповідальною особою та завірена печаткою медичного закладу, первинно-реєстраційна картка, лікарняний листок, витяг із історії хвороби із зазначенням

профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість, акт виконання робіт), рахунку-фактури.

10.7. Страховик здійснює страхову виплату відповідно до умов Договору страхування шляхом сплати аптеці за необхідні медикаменти та медичні матеріали, надані Застрахованій особі у зв'язку із страховим випадком, в межах програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування на підставі:

- страхового акту;
- документу про призначення медикаментів лікарем, на підставі якого аптека видала медикамент Застрахованій особі (рецепт або вимога лікаря, медична довідка, консультативний висновок) з підписом Застрахованої особи (або її довіреної особи) про отримання нею медикаментів;
- реєстру аптеки про видачу медикаментів;
- рахунку - фактури та інших документів, обумовлених Договором, про відпуск медикаментів.

Ці документи повинні бути скріплені печаткою медичного закладу (аптеки).

10.8. У випадках, коли в медичному закладі, передбаченому Договором страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено із Страховиком) немає медикаментів та медичних матеріалів, що необхідні для надання Застрахованій особі медичної допомоги, Страховик, якщо це передбачено Договором страхування, може здійснити страхову виплату готівкою Застрахованій особі для відшкодування витрат на придбання медикаментів та матеріалів.

Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- заяви про виплату;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік медикаментів та матеріалів, визначених у рецепті (вимозі, довідці, історії хвороби). Ці документи повинні бути завірені печаткою медичної установи та особистою печаткою лікаря;
- товарних, касових чеків, інших документів, обумовлених Договором страхування.

10.9. Договором страхування може бути передбачено, що Страховик здійснює страхову виплату готівкою у розмірі фактичних витрат за отриману медичну допомогу (послугу) Застрахованій особі безпосередньо або за письмовим розпорядженням Застрахованої особи здійснювати оплату вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги іншим закладам охорони здоров'я, які не передбачені Договором страхування та (або) з якими Страховик не має Договору про надання допомоги Застрахованим особам, на підставі:

- страхового акту;
- рахунків медичного закладу;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання);
- перелік процедур, заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість, або інших документів, обумовлених Договором страхування.

Документи, що видані медичним закладом повинні бути завірені печаткою медичного закладу.

10.10. Страховик може здійснювати страхову виплату, відповідно до умов Договору страхування, шляхом оплати вартості медичної допомоги (послуги), медикаментів, медичних матеріалів медичному закладу, аптеці через асистуючу компанію, яка має договори з медичними закладами (аптеками, іншими установами, діяльність яких пов'язана із забезпеченням різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я) та організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку із страховим випадком в межах програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Виплата здійснюється на підставі:

- страхового акту;
- документів, що підтверджують настання страхового випадку (первинна медична документація або витяг із історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартості, або інших документів, обумовлених Договором страхування).

10.11. Загальний розмір страхових виплат за страховими випадками щодо кожної Застрахованої особи не може перевищувати страхової суми, визначеної в Договорі страхування щодо цієї особи.

10.12. Страховик може здійснювати страхову виплату через свою касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

10.13. Страхова виплата здійснюється протягом 15 днів з дня прийняття рішення про виплату.

10.14. Страховик не оплачує витрати на медичну допомогу (послуги), які виникли після закінчення терміну дії Договору страхування, за винятком витрат, пов'язаних з госпіталізацією Застрахованої особи у період дії Договору страхування. У цьому випадку Страховик оплачує витрати до моменту усунення загрози життю Застрахованої особи, тобто за час перебування її у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

## **11. ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВИХ СУМ**

11.1. Страховик зобов'язаний в термін не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 10 цих Правил) прийняти рішення про виплату чи відмову у здійсненні страхової виплати.

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

11.2.1. Навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, 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 свого життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації, а також майна. Кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

11.2.2. Вчинення Страхувальником - фізичною особою або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

11.2.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

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

11.2.5. Інші випадки, передбачені законодавством України.

11.2.6. Якщо це передбачено Договором страхування Страховик може прийняти рішення про відмову у здійсненні страхової виплати на таких підставах:

а) Страхувальник (Застрахована особа) не надав усіх необхідних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку;

б) Страхувальником (Застрахованою особою) не виконуються умови Договору страхування.

Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у страховій виплаті, якщо це не суперечить законодавству України.

11.3. При відмові у здійсненні страхової виплати Страховик в строк не більше п'ятнадцяти робочих днів з дня прийняття рішення про відмову повідомляє Страхувальника (Застраховану особу) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

## 12. СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

12.1. Страховий тариф обчислюється Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

12.2. Страхові тарифи по добровільному медичному страхуванні визначені у Додатку №1 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за погодженням сторін.

12.3. В окремих випадках (при мінімальному або максимальному ризику в залежності від віку, відсутності або наявності вад в стані здоров'я, відсутності або наявності ризику професії, відсутності або наявності шкідливих звичок, дотримання дієти, режиму, в залежності від місцевості проживання і т.п.) Страховик може використовувати при визначенні страхових тарифів поправочні коефіцієнти.

12.4. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці, приведеної у додатку 1 до цих Правил, в залежності від строку дії Договору страхування.

Строк дії Договору страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт короткостроковості	0,15	0,22	0,30	0,36	0,45	0,54	0,62	0,70	0,78	0,86	0,94	1,0

12.5. Страховий платіж за Договором страхування може бути сплачений Страхувальником одноразово за весь строк страхування або частинами. Порядок та терміни сплати страхових платежів визначаються умовами Договору страхування.

У разі несплати чергового платежу в обумовлений Договором строк дія Договору страхування може бути призупинена на строк або достроково припинена у порядку, передбаченому Договором страхування.

12.6. Якщо Договором страхування передбачена сплата Страхувальником страхового платежу частинами, відповідальність Страховика пропорційна сплаченому страховому платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

12.7. Якщо страховий випадок настав до сплати чергового страхового внеску, внесення якого прострочено, Страховик має право при встановленні розміру страхової виплати, вирахувати суму простроченого чергового страхового платежу.

12.8. При укладенні додаткової угоди до Договору колективного страхування про збільшення кількості Застрахованих осіб розмір страхового платежу визначається з



врахуванням коефіцієнта короткостроковості, при цьому страховий платіж за неповний місяць визначається як за повний.

12.9. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або у безготівковій формі.

### **13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

13.1. Будь-які зміни умов Договору страхування, що відповідають законодавству України та умовам цих Правил, здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика протягом п'яти робочих днів з моменту одержання письмової заяви від однієї із сторін.

13.2. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона - ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інший термін не передбачений Договором страхування.

13.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються Додатковою угодою до діючого Договору страхування і є невід'ємною його частиною.

13.4. Якщо будь-яка із сторін не згодна на внесення змін до Договору страхування, протягом п'ятнадцяти робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

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

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

14.1.1. При закінченні строку дії Договору страхування.

14.1.2. При виконанні Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі.

14.1.3. При несплаті Страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

14.1.4. У випадку втрати Страхувальником прав юридичної особи внаслідок ліквідації Страхувальника - юридичної особи, смерті чи втрати дієздатності Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою на користь якої укладено Договір страхування, за винятком випадків, передбачених чинним Законодавством.

У разі смерті Страхувальника - громадянина, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.

14.1.5. При ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

14.1.6. При прийнятті судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.7. При достроковому припиненні його дії за вимогою хоча б однієї із сторін. Про намір достроково припинити дію Договору сторони зобов'язані письмово сповістити одна одну не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору 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 та законодавством України.

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

14.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат Страховика на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

14.5. Не допускається при достроковому припиненні дії Договору страхування повернення страхового платежу готівкою, якщо він був сплачений у безготівковій формі.

## **15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

15.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

15.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) з приводу обставин, характеру страхового випадку, розміру витрат і страхових виплат вирішуються сторонами з залученням експертів і оплатою їх послуг стороною, яка ініціює проведення експертизи.

15.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку, згідно з законодавством України.

## **16. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

16.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування:

16.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі в обставинах, які були представлені Страховику при укладенні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

16.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

16.1.3. У випадку, якщо Страхувальник не повідомив Страховика про значні зміни в обставинах, вказаних при укладенні Договору страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування згідно п.14.4 цих Правил у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування.

16.1.4. У разі, коли з'ясується, що дії Страхувальника, які призвели до настання страхового випадку мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат за таким випадком.

16.1.5. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати може бути відкладене до закінчення розслідування та судового розгляду.

Додаток 1  
до Правил добровільного медичного  
страхування (безперервного  
страхування здоров'я)

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Голова правління ВАТ "СК "Алькона"

  
Бойко Б.І.  
"20" серпня 2007 р.



### СТРАХОВІ ТАРИФИ по добровільному медичному страхуванню (безперервному страхуванню здоров'я)

При страхуванні на умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) застосовуються тарифи, що наведені у таблиці базових страхових тарифів (табл.1), а також коефіцієнти до них (табл.2-4).

Таблиця 1

#### Базові річні страхові тарифи (% від страхової суми)

Програма	Базовий тариф	Базова страхова сума
A/A №1 (амбулаторне лікування без медикаментозного забезпечення)	9,05	5000
A/A №2 (амбулаторне лікування без медикаментозного забезпечення)	9,05	6000
A/A №3 (амбулаторне лікування без медикаментозного забезпечення)	9,05	7000
A/A №4 (амбулаторне лікування без медикаментозного забезпечення)	9,05	10000
Ш (швидка медична допомога на дому)	7,25	5000
A №1 (амбулаторне лікування з медикаментозним забезпеченням)	9,05	10000
A №2 (амбулаторне лікування з медикаментозним забезпеченням)	9,05	20000
Б №1 (стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням)	0,88	50000
Б №2 (стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням)	1,025	80000
Б №3 (еліт) (стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням)	1,025	100000
Б+Ш (базова) (стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + швидка медична допомога на дому)	1,28	50000
Б+Ш (еліт) (стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + швидка медична допомога на дому)	1,6	100000

Програма	Базовий тариф	Базова страхова сума
В (А+Б) (базова) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням)	2,59	50000
В (А+Б) (еліт) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням)	3,24	100000
В+Ш (базова) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + швидка медична допомога на дому)	2,99	50000
В+Ш (еліт) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + швидка медична допомога на дому)	3,74	100000
Г (базова) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + стоматологічне лікування (без протезування))	4,99	50000
Г (еліт) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням + стоматологічне лікування (без протезування))	6,24	100000
Д (Г+Ш) (базова) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням, стоматологічне лікування (без протезування) + швидка медична допомога на дому)	5,39	50000
Д (Г+Ш) (еліт) (амбулаторне та стаціонарне лікування з медикаментозним забезпеченням, стоматологічне лікування (без протезування) + швидка медична допомога на дому)	6,74	100000
Х (базова) (термінові та планові оперативні втручання з медикаментозним забезпеченням)	0,41	50000
Х (еліт) (термінові та планові оперативні втручання з медикаментозним забезпеченням)	0,41	100000
Л (термінова хірургічна допомога в стаціонарних умовах)	1,0	4000
Т (лікування травм, отруєнь, опіків, обморожень в умовах стаціонару)	1,3	4000
І (лікування гострих захворювань серцевої та нервової систем в стаціонарних умовах)	1,0	8000
Медикаментозне забезпечення при лікуванні гострих та загостренні хронічних хвороб в амбулаторних та стаціонарних умовах	5	6000
Медикаментозне забезпечення при лікуванні гострих вперше в житті виявлених хвороб в амбулаторних та стаціонарних умовах	2,4	6000
"Домашній лікар"	3,5	50000

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

Коефіцієнт короткостроковості

Таблиця 2

Строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт до річного тарифу	0,15	0,22	0,30	0,36	0,45	0,54	0,62	0,70	0,78	0,86	0,94	1,0

Таблиця 3

**Груповий коефіцієнт  
(до базового тарифу)**

Кількість застрахованих за одним договором	Допустимі межі коефіцієнту
1-10	3,50-1,10
11-50	2,50-1,00
51-100	2,00-0,90
101-500	1,50-0,80
501-1000	1,00-0,70
1001-10000	0,95-0,50
Понад 10000	0,90-0,30

В окремих випадках (при мінімальному або максимальному ризику в залежності від віку, відсутності або наявності вад в стані здоров'я, відсутності або наявності ризику професії, відсутності або наявності шкідливих звичок, дотримання дієти, режиму, в залежності від місцевості проживання і т.п.) Страховик може використовувати при призначенні страхових тарифів коефіцієнт від 0,2 до 5.

Таблиця 4

**Поправочний коефіцієнт  
(до базового тарифу)**

Група ризику	Допустимі межі коефіцієнту
I	0,2 – 0,7
II	0,7 – 0,9
III	1,0 – 1,2
IV	1,2 – 1,5
V	1,5 – 3,0
VI	2,5 – 4,0
VII	4,0 – 5,0

Конкретний розмір страхового тарифу визначається за погодженням сторін шляхом множення базового тарифу на поправочні коефіцієнти.

У будь-якому випадку розмір страхового тарифу не може перевищувати 75% від страхової суми.

Норматив витрат на ведення справи становить 40%.

Актуарій



С.Г.Топольська

лькона”

. Бойко

з  
\_р.раховик)  
зхування  
особи) із

кклала із

ння або

ість якої  
зов'язків

ночасно

ьником,  
випадку  
тощо)

ачувати

тримати  
іальнимма, яку  
чня.ю умов  
ахового

уми за

ня і яка

Державна комісія з регулювання ринків  
 фінансових послуг України  
**ЗАРЕЄСТРОВАНО**  
 директор департаменту страхоблокари медичного страхування  
 Дата 02.10.07



в членстві підприємств, прокуратури, скріплено печаткою та підписом 22 (двадцять два) аркушів