

ВІДКРИТЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ  
"СКАРБНИЦЯ"



**ПРАВИЛА**  
добровільного медичного страхування  
(безперервне страхування здоров'я)

Львів

## **ЗМІСТ**

1. ГЛОСАРІЙ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	4
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ	4
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	4
6. СТРАХОВА СУМА, ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ ЙЇ РОЗМІРІВ	6
7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТИЖ)	6
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	7
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН	8
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	10
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	11
13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	12
15. ПРИЧИНІ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ	13
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	14
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ	14

## 1. ГЛОСАРІЙ

1.1. *Страховик* – Відкрите акціонерне товариство - акціонерна страхова компанія "СКАРБНИЦЯ", яка на умовах даних Правил проводить добровільне медичне страхування.

1.2. *Страхувальник* – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники можуть укладати із Страховиками Договори про страхування третіх осіб (*Застрахованих осіб*) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. У випадку, якщо Страхувальник укладає Договір страхування відносно себе, в такому випадку Страхувальник є одночасно і Застрахованою особою.

1.4. Страхувальники мають право при укладенні Договору медичного страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (*Вигодонабувачів*) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.5. *Акредитований медичний заклад* (АМЗ) – медичний заклад (поліклініка, лікарня, профілакторій, аптека тощо), що уклав із Страховиком Договір про надання медичних послуг Застрахованим особам чи про співпрацю та є вказаним у Договорі страхування (Полісі).

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

1.7. *Страховий випадок* – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Застрахованій особі або іншій третьій особі.

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

1.9. *Страхова премія (страховий платіж)* – це плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

1.10. *Програма страхування* – наперед визначений перелік медичних послуг, що надаються АМЗ (або медичним закладом, передбаченим умовами Договору страхування), оплату організації та вартості яких Страховик зобов'язаний здійснити відповідно до умов Договору страхування. Перелік конкретних програм страхування поданий у Додатку №1 до даних Правил.

1.11. *Спеціалізована служба* – юридична особа, що надає необхідну організаційну та технічну допомогу при врегулюванні випадків, які можуть бути класифіковані як "страхові", від імені та за рахунок Страховика на користь Застрахованої особи чи Вигодонабувача.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Дані Правила визначають загальний порядок і умови укладення, виконання, зміни та припинення дії Договорів добровільного медичного страхування.

2.2. Умови, що містяться в даних Правилах, можуть бути змінені (виключені або доповнені) за письмовою згодою сторін при укладенні Договору страхування або до настання страхового випадку за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

2.3. Документи, що регламентують взаємовідносини Страхувальника та Страховика:

- Закон України "Про страхування";
- Закон України "Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг";

- нормативно-правові акти в сфері запобігання та протидії легалізації (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом;
- дані Правила;
- Договір страхування (страховий Поліс) та всі додатки до нього.

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

3.1. Згідно з даними Правилами предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із здоров'ям Застрахованої особи.

### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

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

4.2. Страховим ризиком згідно з даними Правилами є погіршення здоров'я Застрахованої особи у результаті гострого захворювання, загострення хронічного соматичного захворювання, травми, опіку, отруєння, позаматкової вагітності, переривання вагітності по медичних показаннях, а також інших захворювань, передбачених Договором страхування.

4.3. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Застрахованій особі або іншій третій особі.

4.4. Страховим випадком згідно з даними Правилами визнається захворювання Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування, яке привело до звертання в один чи послідовно у декілька АМЗ (або медичні заклади, передбачені умовами Договору страхування) з метою одержання медичної допомоги, внаслідок чого Страховик зобов'язаний, за даними Правилами, виплатити страхову суму або її частину в рахунок погашення витрат по рахунках за надані платні медичні послуги та призначенні лікарем медикаменти (згідно вписаних рецептів).

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

5.1. Якщо Договором страхування не передбачено інше, Договори страхування за даними Правилами не укладаються на користь осіб, які:

5.1.1. є інвалідами будь-якої групи;

5.1.2. визнані у встановленому порядку недієздатними;

5.1.3. знаходяться на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному та інших спеціалізованих диспансерах;

5.1.4. хворі на злокісні онкологічні захворювання.

5.2. Якщо в Договорі страхування не зазначено інше, Страховик не несе відповідальності при зверненні Застрахованої особи до медичного закладу (Спеціалізованої служби) з приводу таких захворювань та станів:

5.2.1. які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім надання невідкладної медичної допомоги при загостренні хронічних захворювань;

5.2.2. будь-яких операцій чи лікування, що були незавершені до початку дії Договору страхування;

5.2.3. які є наслідком самолікування, тобто використання медикаментів без призначення лікаря;

5.2.4. які виникли внаслідок скоєння Застрахованою особою дій у стані алкогольного, наркотичного або іншого токсичного сп'яніння;

5.2.5. травм або інших розладів здоров'я, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;

5.2.6. які виникли внаслідок спроби самогубства (суїциду), за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.2.7. які виникли внаслідок умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

5.2.8. які виникли внаслідок участі Застрахованої особи у будь-яких військових діях, громадських заворушеннях та актах громадянської непокори, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано з виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;

5.2.9. які стали наслідком травми, отриманої Застрахованою особою під час участі в офіційних спортивних змаганнях;

5.2.10. травм, отриманих Застрахованою особою у зв'язку з управлінням транспортним засобом без відповідного права, а також передачею управління транспортним засобом особі, що знаходилась у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, або особі, що не має відповідного права управління транспортним засобом;

5.2.11. які не передбачені Договором страхування.

5.3. Страховик не сплачує надання медичної допомоги (якщо інше не передбачено умовами Договору страхування) при наступних захворюваннях та станах:

5.3.1. онкологічні захворювання;

5.3.2. психічні захворювання, шизофренія, епілепсія;

5.3.3. ендокринні хвороби (цукровий діабет, тиреотоксикоз, аутоіммунний тиреоїдит тощо) та їх наслідки;

5.3.4. системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, дерматоміозит тощо), псоріаз, нейродерміт, екзема;

5.3.5. захворювання на особливо небезпечні інфекції (натуральна віспа, чума, холера тощо), пов'язані з епідеміями (в т.ч. в разі введення карантинних заходів);

5.3.6. деміелінізуючі хвороби нервової системи (розсіяний склероз тощо), церебральний параліч, дегенеративні хвороби нервової системи (хвороба Альцгеймера) та їх наслідки;

5.3.7. туберкульоз, саркоїдоз та муковісцедоз, незалежно від клінічної форми та стадії процесу;

5.3.8. захворювання, причиною яких стало зловживання алкоголем, наркотичними або токсичними речовинами;

5.3.9. хронічна ниркова недостатність, хронічний гепатит, цироз;

5.3.10. спадкові захворювання;

5.3.11. глибокі мікози;

5.3.12. захворювання крові;

5.3.13. захворювання, які передаються статевим шляхом (в тому числі уроплазма, геніталійний герпес, хламідіоз та інші), та їх наслідки;

5.3.14. стани, які пов'язані з перериванням вагітності, крім станів, які ведуть до загрози життю вагітної, лікування, спрямованого на, або проти настання запліднення;

5.3.15. лікування будь-яких врожджених вад чи дефектів;

5.3.16. пластичні операції;

5.3.17. захворювання органів та тканин, які потребують трансплантації, протезування та постійної замісної терапії;

5.3.18. професійні захворювання, що виникають під впливом хімічних, фізичних, біологічних факторів, промислових аерозолів, пов'язані з фізичним перевантаженням та перенапруженням окремих органів і систем;

5.3.19. алергічні захворювання;

5.3.20. променеві ураження (гострі та хронічні) та їх наслідки;

5.3.21. захворювання на СНІД та його наслідки, та при наявності у Застрахованої особи ВІЛ-інфекції.

5.4. У випадку первинного виявлення у Застрахованої особи захворювань (станів),

перерахованих у п. 5.3. даних Правил, в період дії Договору страхування, Страховик оплачує вартість лише тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.5. Страховик не відшкодовує, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування:

5.5.1. діагностику захворювань та їх лікування методами нетрадиційної медицини (іриодіагностика, гіпноз, гомеопатичне лікування, рефлексотерапія, мануальна терапія, фітотерапія тощо);

5.5.2. протезування, придбання, ремонт, прокат, використання підготовки протезів, ортопедичних апаратів, коригуючих медичних пристройів та приладів (окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок, слухових імплантатів, водіїв серцевого ритму тощо);

5.5.3. витрати Застрахованої особи, які виникли після закінчення дії Договору страхування або повної виплати Страхової суми;

5.5.4. витрати Застрахованої особи, якщо вона здійснювала лікування або користувалась послугами чи товарами, що не є необхідними, з медичної точки зору, для діагностування та/або лікування захворювання, або здійснювала лікування, що є за характером експериментальним або дослідним;

5.5.5. непрямі та інші витрати, які можуть бути викликані страховим випадком (штраф, втрата доходу/вигоди, простій, банківське обслуговування, моральний збиток тощо).

5.6. У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову в оплаті послуг медичних закладів, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

5.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків.

## **6. СТРАХОВА СУМА, ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ Й РОЗМІРІВ**

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

6.2. Розмір страхової суми та/або розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладення Договору страхування або внесення змін до нього, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

6.3. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому ризику, групі страхових ризиків, програмі страхування, Договору страхування в цілому.

6.4. Лімітом відшкодування (відповідальності) Страховика є встановлений у Договорі страхування граничний розмір виплат страхових відшкодувань, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або у відношенні страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися відшкодування.

6.5. Договором страхування може бути передбачена франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Безумовна франшиза вилучається із зобов'язань Страховика у будь-якому разі, умовна франшиза вилучається тільки за умови, що збитки не перевищують встановленого розміру франшизи. Франшиза може встановлюватись в грошовому еквіваленті або у відсотках від страхової суми. Узгоджена зі Страхувальником франшиза фіксується в Договорі страхування (Полісі).

## **7. СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТИЖ)**

7.1. Страхова премія (страховий платіж) – це плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

7.2. Розмір страхової премії залежить від:

- розміру страхової суми;

- строку страхування;
- франшизи;
- території дії Договору страхування;
- обсягу застрахованих ризиків;
- кількості Застрахованих осіб;
- ряду чинників, що впливають на ступінь ризику щодо виникнення страхового випадку, а саме: від стану здоров'я Застрахованої особи встановленого під час медичного обстеження (у випадку його проведення), віку Застрахованої особи, статі, професійної належності, наявності шкідливих звичок, розмірів страхових виплат за окремими страховими випадками за попередніми Договорами страхування;
- від інших об'єктивних чинників, які суттєво впливають на характер страхового ризику;
- знижок або надбавок, наданих Страховиком за підсумками дії попередніх Договорів страхування.

7.3. Страховий тариф – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Конкретний розмір страхового тарифу визначається Страховиком або його представником (агентом) згідно з діючими тарифами Страховика на підставі Додатку №2 до даних Правил.

7.4. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року розмір страхової премії визначається як добуток річної страхової премії на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці короткостроковості Додатку №2 до даних Правил, в залежності від строку дії Договору страхування. У випадку, коли Договір страхування укладений на неповні місяці, страхова премія сплачується як за повні місяці.

7.5. За Договором страхування Страхувальнику може бути надане відтермінування сплати страхової премії та/або сплата страхової премії частинами. Виплата страхового відшкодування за страховими випадками, що мали місце в період дії такого Договору страхування, здійснюється тільки після сплати всієї страхової премії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7.6. При несплаті Страхувальником чергової частини страхової премії у встановлені Договором страхування строки, більше ніж на 3 (три) робочих дні, дія Договору страхування припиняється з 00 години 00 хвилин четвертого робочого дня прострочення сплати цієї частини страхової премії, а Страховик звільняється від виплати страхового відшкодування. Дія Договору страхування відновлюється з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати цієї частини страхової премії і при цьому строк дії Договору страхування не змінюється.

7.7. Страхувальники згідно з укладеними Договорами страхування мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.8. При сплаті страхової премії в безготівковій формі премія вважається сплаченою з моменту зарахування коштів на поточний рахунок Страховика чи його представника (агента). При сплаті готівкою премія вважається сплаченою з моменту внесення коштів в касу Страховика чи його представника (агента).

## 8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування за згодою сторін укладається на строк:

- до одного року;
- один рік;
- більше року.

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

8.3. Договір страхування діє на території країн, зазначених в Договорі страхування. Якщо Застрахована особа вибуває з території страхування, страховий захист припиняється.

## **9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

9.1. Договір медичного страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або її частину в рахунок погашення витрат за медичні послуги, які були надані у відповідності з Договором страхування, в межах страхової суми Застрахованій особі чи іншій особі, визначеній Страхувальником, або на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхову премію (страхові платежі) у визначені терміни та виконувати інші умови Договору страхування.

9.2. Страховий Поліс – це документ, що може видаватися Страховиком Застрахованій особі як факт підтвердження укладення Договору страхування.

9.3. Договір страхування укладається Страховиком чи його представником (агентом) від імені Страховика на підставі письмової заяви Страхувальника, або Страхувальник іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заповнення заяви не зобов'язує сторони до укладення Договору страхування. До укладення Договору страхування Страховик має право вимагати від особи, на користь якої укладається Договір, заповнити анкету про стан свого здоров'я або пройти медичне обстеження. На основі отриманих даних Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування.

9.4. При укладенні Договору страхування або при внесенні змін Страховик вправі вимагати у Страхувальника пред'явлення наступних документів:

9.4.1. документу, що засвідчує особу Застрахованої особи чи його представника;

9.4.2. доручення або іншого документу, що засвідчує наявність та обсяг повноважень представника Страхувальника.

9.4.3. інших документів, що мають відношення до оцінки ступеня ризику.

9.5. Договір страхування може бути укладений стосовно окремого страхового ризику, групи страхових ризиків, окремої програми чи сукупності програм страхування.

9.6. При укладенні Договору страхування Застрахована особа зобов'язаний надати інформацію про інші чинні Договори страхування, що укладені щодо цього предмету Договору страхування.

9.7. Страхувальник має право призначити Вигодонабувача, що вказується в Договорі страхування, а також змінити його до настання страхового випадку.

9.8. Зміни та доповнення, що вносяться до Договору страхування після його укладення лише за взаємною згодою сторін, оформляються додатковими угодами і підписуються сторонами. Дані зміни та доповнення є невід'ємною частиною Договору страхування.

9.9. У випадку втрати Договору страхування/Поліса в період його дії, Застрахована особа повинна у письмовій формі заявити про це Страховику для отримання дублікату. Страховик видає його Застрахованій особі. Після видачі дублікату втрачений Договір страхування/Поліс вважається недійсним.

9.10. При укладанні Договору страхування Застрахована особа звільняє лікарів медичних організацій від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком стосовно страхового випадку.

9.11. Страховик має право відмовитися від прийняття ризиків на страхування без пояснення причин відмови.

## **10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

10.1. Страхувальник має право, якщо є передбачено Договором страхування:

10.1.1. одержати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах, передбачених Договором страхування та даними Правилами;

10.1.2. призначати фізичних осіб або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку;

10.1.3. звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дублікату Договору страхування (Полісу) у період дії Договору страхування;

10.1.4. достроково припинити дію Договору страхування.

10.2. *Страхувальник зобов'язаний, якщо це передбачено Договором страхування:*

10.2.1. ознайомити Застраховану особу з даними Правилами та умовами Договору страхування;

10.2.2. своєчасно вносити страхові платежі;

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

10.2.4. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні Договори страхування щодо цього предмету Договору страхування;

10.2.5. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.2.6. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування;

10.2.7. впродовж 3 (трьох) календарних днів письмово повідомити Страховика про будь-які зміни, що можуть вплинути на ступінь ризику, якщо такі мали місце (zmіна професії, роду чи виду занять Застрахованої особи тощо);

10.2.8. виконувати інструкції Страховика, Спеціалізованої служби, або їхніх уповноважених представників та надавати повну і достовірну інформацію щодо обставин настання страхового випадку;

10.2.9. надати можливість уповноваженим представникам Страховика, Спеціалізованої служби та інших компетентних органів провести огляд і експертизу для визначення обставин настання страхового випадку;

10.2.10. надати Страховику всі документи, передбачені розділом 12 даних Правил, що стосуються страхового випадку та його наслідків;

10.2.11. повернути Страховику страхове відшкодування у випадку отримання доказів про обставини виникнення страхового випадку, передбачені розділом 5 та розділом 15 даних Правил, після здійснення страхового відшкодування;

10.2.12. забезпечити Страховику право регресу до особи винної у заподіяній шкоді внаслідок настання страхового випадку (надати інформацію про фактичне місце проживання, місце роботи винної особи, документи, що підтверджують її вину).

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

10.3. *Страховик має право, якщо це передбачено Договором Страхування:*

10.3.1. змінити розмір страхової премії при зміні у ступені ризику в період дії Договору страхування;

10.3.2. перевіряти інформацію, надану Страхувальником, а також виконання ними вимог і умов Договору страхування;

10.3.3. до укладення Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження та документи, що підтверджують стан здоров'я особи за даними, що містяться у анкеті, та за результатами медичного обстеження;

10.3.4. відмовити в укладенні Договору страхування на основі результатів попереднього анкетування та медичного обстеження;

10.3.5. з'ясовувати причини, обставини та наслідки страхового випадку, перевіряти всі надані документи;

10.3.6. надсилати запити в компетентні органи та отримувати додаткові документи, необхідні для складання страхового акту. При цьому строк складання страхового акту та строк виплати страхового відшкодування подовжується на період надсилання запитів і отримання відповідей та додаткових документів;

10.3.7. після виплати страхового відшкодування пред'явити позов особі, що несе відповідальність за нанесену шкоду;

10.3.8. відмовити у страховому відшкодуванні за Договором страхування у випадках, передбачених чинним законодавством та даними Правилами, а також при виявленні недостовірної інформації у заповненій анкеті про стан здоров'я Застрахованої особи;

10.3.9. вимагати від Страхувальника повернути страхове відшкодування у випадку отримання доказів про обставини виникнення страхового випадку, передбачені розділом 5 та розділом 15 даних Правил, після здійснення страхового відшкодування;

10.3.10. достроково припинити дію Договору страхування.

*10.4. Страховик зобов'язаний:*

10.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

10.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;

10.4.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

10.4.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили або збільшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

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

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

## **11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

11.1. При виникненні передбаченої даними Правилами (п. 4.4.) і Договором страхування події Застрахована особа зобов'язана, якщо це передбачено Договором страхування:

11.1.1. при отриманні травми або настанні раптового захворювання Застрахована особа повинна негайно (протягом 24 годин з моменту настання страхового випадку) звернутись у Спеціалізовану службу/до Страховика та повідомити по телефону наступну інформацію:

- номер Договору страхування (Полісу);
- дані, що містяться у Договорі страхування/Полісі;
- обставини настання страхового випадку;
- місце події та місце перебування Застрахованої особи;
- іншу інформацію щодо страхової події.

Найменування Спеціалізованої служби або Страховика, їх адреса та телефон вказуються у Договорі страхування (Полісі);

11.1.2. у випадку неможливості зателефонувати перед консультацією з лікарем або відправкою у клініку при надзвичайних медичних обставинах (шок будь-якої етіології, кома, колапс, втрата свідомості, потъмарення розуму тощо), Застрахована особа або особа, яка представляє її інтереси, повинна при першій нагоді зателефонувати у Спеціалізовану

службу/до Страховика. У будь-якому випадку, якщо Застрахована особа потрапляє у клініку або до лікаря, вона або особа, яка представляє її інтереси, повинна пред'явити Договір страхування (Поліс) разом з іншими документами, що посвідчують особу;

11.1.3. у випадку недотримання порядку дій передбаченого в пунктах 11.1.1., та 11.1.2. даних Правил Застрахована особа зобов'язана обґрунтувати це Страховику у письмовому вигляді;

11.1.4. здійснити всі необхідні, можливі і доречні дії спрямовані на зменшення розміру шкоди життю та здоров'ю;

11.1.5. на запит Страховика надати всі необхідні документи та інформацію щодо страхового випадку;

11.1.6. вчинити усі необхідні дії та прийняти усі необхідні заходи для реалізації Страховиком права регресної вимоги до особи, винної у завданні шкоди.

11.2. Якщо Застрахована особа не виконає вищевказані вимоги, Страховик має право зменшити розмір страхового відшкодування або відмовити в його виплаті.

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

12.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Застрахованої особи (його правонаступника, Вигодонабувача) та страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою (аварійним комісаром) у формі, що визначається Страховиком.

12.2. Підтвердження факту настання страхового випадку та визначення розміру страхового відшкодування, здійснюється Страховиком на підставі наступних документів, перелік яких зазначається в Договорі страхування:

12.2.1. оригіналу Договору страхування/Поліса;

12.2.2. заяви на виплату страхового відшкодування з зазначенням обставин страхового випадку, з обґрунтуванням причини не звернення або несвоєчасного звернення у Спеціалізовану службу/до Страховика;

12.2.3. документу встановленої форми (довідка, постанова тощо) компетентних органів про обставини страхового випадку;

12.2.4. документу, що засвідчує особу одержувача страхового відшкодування (для фізичних осіб паспорт та ідентифікаційний код);

12.2.5. копії акту за формулою, встановленою відповідно до чинного законодавства, в залежності від того на виробництві чи в побуті стався страховий випадок;

12.2.6. довідки встановленої форми з лікувального закладу, в якій зазначається місце, дата і час настання страхового випадку, дата і час звернення до лікувального закладу, діагноз, вид захворювання чи травми, подія, що привела до страхового випадку;

12.2.7. довідки медико-санітарної експертної комісії про встановлення Застрахованій особі певної групи первинної інвалідності – у випадку стійкої втрати працездатності;

12.2.8. свідоцтва про смерть (у випадку смерті Застрахованої особи);

12.2.9. свідоцтва про право на спадщину для спадкоємця Застрахованої особи (у випадку смерті Застрахованої особи), крім випадків, коли суму страхової виплати отримує Вигодонабувач;

12.2.10. рецептів, завірених лікарем, та квитанцій про оплату призначених медикаментів;

12.2.11. оригіналів деталізованих рахунків за надані АМЗ медичні послуги (із зазначенням прізвища Застрахованої особи, діагнозу, дати звернення, тривалості лікування, переліком послуг, які надавалися, їх вартістю) або документів, що підтверджують самостійну оплату наданих медичних послуг;

12.2.12. акту про виконані роботи (надані медичні послуги) з АМЗ;

12.2.13. виписки з історії хвороби, завіrenoї лікуючим лікарем;

12.2.14. інших документів, що мають відношення до причин та наслідків страхового випадку, в тому числі висновку про наявність або відсутність алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння Застрахованої особи на момент настання страхового випадку.

12.3. Документи, зазначені в п.12.2 даних Правил, надаються Страховику у формі:

- оригінальних примірників;
- нотаріально засвідчених копій;
- простих копій, за умови надання Страховику можливості звірення цих паперів з оригінальними примірниками документів.

12.4. Вищевказані документи повинні бути надані Страховику не пізніше 90 календарних днів з моменту настання страхового випадку (або з моменту першої можливості одержання документів, термін видачі яких визначений законодавством або обставинами іншого характеру).

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

13.1. Після одержання всіх необхідних документів рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування приймається Страховиком у строк до 15 робочих днів.

13.2. У випадках, коли надані документи суперечать один одному або не дають можливості однозначно з'ясувати обставини, характер, розмір шкоди, особу, винну в настанині страхової події, строк прийняття рішення може бути подовжений до 45 робочих днів, про що письмово повідомляється Страхувальнику у строк до 3 (трьох) робочих днів, з обґрунтуванням причин затримки.

13.3. Страховик має право затримати проведення страхової виплати, якщо він має обґрунтовані сумніви щодо майнового інтересу особи, яка вимагає отримання страхової виплати.

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

14.1. При настанні страхового випадку Страховик сплачує витрати (в межах страхової суми) за надані АМЗ медичні послуги, обсяг яких визначений обраними умовами та програмами страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.2. Страховик оплачує надані Застрахованій особі медичні послуги безпосередньо АМЗ, що надав ці послуги, якщо інше не передбачено Договором страхування. Порядок розрахунків з АМЗ визначається укладеним між АМЗ і Страховиком Договором про надання медичних послуг Застрахованим особам.

14.3. При зверненні Застрахованої особи до медичних закладів, які не є в договірних відносинах зі Страховиком, але передбачені Договором страхування та умовами страхування, Застрахована особа надає Страховику документи, зазначені в розділі 12 даних Правил.

14.4. Витрати на медичні та інші послуги, які не обумовлені програмою страхування зазначеною в Договорі страхування, не відшкодовуються Застрахованій особі навіть тоді, коли вони включені у загальний рахунок.

14.5. Страхова виплата у будь-якому разі здійснюється – з урахуванням розміру франшизи, встановленої Договором страхування.

14.6. У тих випадках, коли витрати, спричинені страховим випадком, компенсовані Застрахованій особі третіми особами, Страховик відшкодовує тільки різницю між сумою, що підлягає відшкодуванню за Договором страхування, та сумою, отриманою Застрахованою особою від третьої особи.

14.7. Виплата страхового відшкодування здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з моменту ухвалення рішення Страховиком або в цей же строк повідомляється про відмову у виплаті чи продовження строку прийняття рішення про виплату з письмовим обґрунтуванням причин, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.8. Загальний розмір страхових виплат Застрахованій особі (її спадкоємцю або Вигодонабувачу) по одному або декількох страхових випадках не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування (Полісом). Проведення страхових виплат здійснюється незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням.

14.9. Відшкодування медичних витрат Страховиком здійснюється після перевірки всіх представлених документів. Страховик має право перевірки всіх документів, включаючи проведення фахівцями медичного обстеження. З цією метою, на вимогу Страховика, Застрахована особа повинна пройти спеціальне обстеження у лікаря, який призначається Страховиком. Застрахована особа звільняє лікаря, що його обстежує, від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком.

14.10. До Страховика, який виплатив страхове відшкодування за Договором страхування (в межах фактичних витрат) переходить право вимоги, яке Застрахована особа або Вигодонабувач має до особи, відповідальної за заподіяну шкоду.

## **15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

15.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування є:

15.1.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

15.1.2. вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

15.1.3. подання Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

15.1.4. отримання Застрахованою особою повного відшкодування збитків від особи, винної у її заподіянні;

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

15.1.6. інші випадки, передбачені законом.

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

15.3. Підставами для часткової чи повної відмови Страховика у здійсненні страхового відшкодування, якщо це передбачено Договором страхування, є випадки, коли Застрахована особа чи його представник:

15.3.1. не повідомив Страховика про суттєві зміни, що сталися з предметом Договору страхування (зміна професії, роду чи виду занять Застрахованої особи тощо) на час дії Договору страхування;

15.3.2. не надав документи, що необхідні для прийняття рішення щодо сплати страхового відшкодування, надав документи, оформлені з порушенням діючих норм (відсутні номер, печатка чи дата, наявність виправлень) або надав документи, які містять недостовірну інформацію щодо строку, причин, обставин страховогого випадку та розміру збитків;

15.3.3. відмовився від свого права вимоги до особи, відповідальної за настання страховогого випадку або здійснення цього права стало неможливим з його вини;

15.3.4. порушив строк, встановлений п.12.4. даних Правил.

## **16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

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

16.1.1. закінчення строку дії Договору;

16.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Застрахованою особою у повному обсязі;

16.1.3. несплати 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 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальному, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

16.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

16.1.5. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним діездатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України "Про страхування";

16.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

16.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

16.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

16.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

16.5. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

16.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальному повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Застрахованою особою умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальному страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

16.7. Повернення платежів здійснюється протягом 10 (десяти) робочих днів після припинення дії Договору, якщо інше не обумовлено згодою сторін.

16.8. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

17.1. Спори, пов'язані з Договором страхування, вирішуються в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

18.1. Протягом строку, передбаченого законодавством України, від дня сплати страхового відшкодування Страховик має право виставити вимогу щодо повернення сплаченого відшкодування, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені законодавством або Правилами.

Додаток №1  
до Правил добровільного медичного страхування  
(безперервне страхування здоров'я)  
від 19 серпня 2008 р.

## ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

### **1. "Амбулаторно – поліклінічне лікування"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичних послуг при амбулаторно-поліклінічному лікуванні в наступному обсязі: консультації лікарів, проведення діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень, проведення лікувальних процедур у відділеннях поліклініки та вдома, лікування у денному стаціонарі, забезпечення медикаментами, надання стоматологічної допомоги, а саме: зняття гострого зубного болю, оперативне та консервативне лікування захворювань зубів та ротової порожнини, діагностичні дослідження, анестезія, косметологія ротової порожнини (відбілювання зубів, зняття зубного нальоту).

Ліміт відповідальності Страховика та обсяг медичних послуг, що надаються за цією програмою встановлюються за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

### **2. "Стационарне лікування"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги в умовах стаціонару (як загального профілю, так і в спеціалізованих відділеннях медичних закладів), а саме: планову та/або невідкладну госпіталізацію, проведення сучасних методів діагностичних (лабораторних та інструментальних) досліджень, консультації висококваліфікованих фахівців, оперативне та/або консервативне лікування, лікувальні маніпуляції та процедури, забезпечення медикаментами.

### **3. "Швидка медична допомога"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості цілодобової швидкої медичної допомоги загальною або спеціалізованою лікарською бригадою, а саме експрес-діагностику, реанімаційно-лікарські заходи, а також транспортування в лікувальний заклад для подальшого проходження лікування.

### **4. "Повний обсяг медичної допомоги"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості комплексу медичних послуг за програмами 1. –3.:

- "Швидка медична допомога";
- "Стационарне лікування";
- "Амбулаторно – поліклінічне лікування".

Ліміт відповідальності Страховика та обсяг медичних послуг, що надаються за цією програмою встановлюються за згодою Сторін при укладенні Договору страхування.

### **5. "Невідкладна хірургічна допомога"**

Програма передбачає оплату вартості стаціонарного лікування при невідкладній госпіталізації в хірургічне відділення медичного закладу, необхідне медичне обстеження, оперативне лікування, спостереження в післяопераційному періоді, забезпечення медикаментами та перев'язочними матеріалами на період стаціонарного лікування.

### **6. "Невідкладна кардіологічна допомога"**

Програма передбачає оплату вартості стаціонарного лікування при невідкладній госпіталізації у кардіологічне (інфарктне) відділення медичного закладу, медичне обстеження, проведення консервативного лікування, забезпечення медикаментами на період стаціонарного лікування.

Страховими ризиками за цією програмою є:

- гострий інфаркт міокарду;
- вперше виниклий напад пароксизмальної аритмії;
- гостра лівошлуночкова недостатність;

- тромбоемболія легеневої артерії;
- стенокардія напруги, що виявлена вперше.

#### **7. "Ваша дитина"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичних послуг дітям, віком до 16 років, за програмою „Повний обсяг медичної допомоги”.

В цю програму можуть бути додатково включені заходи по патронажу здорової дитини віком до 2 років в межах встановленого ліміту, а саме: періодичний плановий огляд здорової дитини профільними спеціалістами, діагностичні обстеження, проведення планових щеплень, при цьому розрахунок страхового платежу слід проводити із застосуванням підвищувальний коефіцієнту.

#### **8. "Гепатит"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги в умовах стаціонару при таких страхових ризиках: захворювання на вірусний гепатит (Гепатит А, Мікст (сивороточні) - гепатити).

При укладенні Договору страхування на випадок одного з ризиків, а саме захворювання на гепатит А або захворювання на Мікст-гепатити, при розрахунку страхового платежу слід використовувати знижувальний коефіцієнт.

Страховий платіж за цими Договорами страхування сплачується одноразово.

Надання медичних послуг Застрахованим за цією програмою особам починається на 46 день з дня початку дії Договору страхування.

#### **9. "Здоровий відпочинок"**

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичних послуг у разі настання страхового випадку під час відпочинку відповідно до переліку послуг програми 4. - "Повний обсяг медичної допомоги".

Страховими ризиками за програмою "Здоровий відпочинок" є раптове захворювання, нещасний випадок (травми, опіки, обмороження, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами, наслідки укусів тварин, отруйних змій, комах тощо) та інші стани що вимагають надання невідкладної медичної допомоги.

#### **10. "Майбутня мати"**

Програма передбачає організацію та оплату, в межах встановленого ліміту, вартості медичних послуг в перед-пологовому періоді та/або при пологах (якщо інше не передбачено умовами Договору страхування), а саме плановий огляд акушером - гінекологом, консультації профільних спеціалістів, лабораторно-діагностичні та інструментальні обстеження, спостереження дитини в неонатальному періоді (1 місяць після пологів).

\* Зазначена програма застосовується лише в комплексі з іншими програмами добровільного медичного страхування з використанням підвищувального коефіцієнту.

#### **11. "Травма"**

Програма передбачає оплату вартості невідкладної госпіталізації в травматологічне відділення медичного закладу внаслідок травми, обстеження, оперативне лікування (внаслідок отриманої травми), спостереження в післяопераційному періоді, забезпечення медикаментами та перев'язочними матеріалами під час перебування в стаціонарі.

Страховим ризиком за цією програмою є отримана Застрахованою особою травма, яка не суперечить умовам Правил страхування.

#### **12. "Реабілітація" \***

Програма передбачає організацію та оплату, в межах встановленого ліміту, вартості медичних послуг в період реабілітації, внаслідок перенесених захворювань, які потребують відновлювального лікування, а саме фізіотерапевтичного лікування, оздоровчого масажу, рефлексотерапії, мануальної терапії тощо. Перелік медичних послуг, що надаються за цією програмою, обумовлюються при укладенні Договору страхування за згодою Сторін.

\* Зазначена програма може бути застосована лише як додаткова до основних програм 4.–6., 8., 11. з використанням підвищувального коефіцієнту при розрахунку страхового платежу.

### **13. "Допомога при тяжких захворюваннях"**

Програма передбачає організацію та оплату, в межах встановленого ліміту, вартості лікувальних та діагностичних заходів при стаціонарному та/або амбулаторному лікуванні, із забезпеченням медикаментами при захворюванні на туберкульоз, цукровий діабет, та інші тяжкі захворювання, які обумовлені у Договорі страхування, якщо вони були вперше виявлені в період його дії.

\* Зазначена програма застосовується або як самостійна програма, або в комплексі з іншими програмами добровільного медичного страхування з використанням підвищувального коефіцієнту.

### **14. "Щит здоров'я" \***

Програма передбачає організацію та оплату вартості профілактичних та оздоровчих заходів, а саме:

- проведення щеплень в період підвищеного ризику виникнення інфекційних захворювань;

- проведення профілактичного огляду 1 раз в рік (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, кров на цукор, флюорографія органів грудної клітки, огляд терапевта, огляд уролога/гінеколога тощо);

- оздоровчий масаж;

- оздоровлення в спортивно-оздоровчому закладі.

Договором страхування можуть бути передбачені інші послуги в рамках цієї програми.

\* може бути застосована лише як додаткова до основної програми 4. на умовах, що визначаються у Договорі страхування.

### **15. "Сімейний лікар"\***

Програма передбачає організацію та оплату вартості медичної допомоги, що надається сімейним лікарем по місцю проживання/роботи Застрахованої особи або в умовах медичного закладу в наступному обсязі:

супровід лікаря з моменту звернення Застрахованої особи до закінчення лікувальних та діагностичних заходів;

за призначенням сімейного лікаря - консультації профільних спеціалістів, проведення діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень, проведення лікувальних процедур амбулаторних умовах та вдома, забезпечення медикаментами.

\* Розмір страхового платежу залежить від кількості Застрахованих осіб в межах однієї сімейно-територіальної дільниці. При розрахунку страхового платежу може використовуватися знижувальний коефіцієнт, якщо кількість Застрахованих складає більше 4 осіб.

**Додаток №2**  
**до Правил добровільного медичного страхування**  
**(безперервне страхування здоров'я)**  
**від 19 серпня 2008 р.**

### СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Страхові тарифи розраховуються Страховиком актуарно, на підставі відповідної статистики настання страхових випадків в залежності від конкретних умов Договору страхування.

Для укладення Договорів медичного страхування використовуються наступні базові страхові тарифи:

№ програми	Програма страхування	Базовий страховий тариф, у % від страхової суми	
1	"Амбулаторно-поліклінічне лікування"	5,2	<b>Річний</b>
2	"Стаціонарне лікування"	4,3	<b>Річний</b>
3	"Швидка медична допомога"	2,8	<b>Річний</b>
4	"Повний обсяг медичної допомоги"	8,0	<b>Річний</b>
5	"Невідкладна хірургічна допомога"	2,2	<b>Річний</b>
6	"Невідкладна кардіологічна допомога"	2,5	<b>Річний</b>
7	"Ваша дитина"	5,9	<b>Річний</b>
8	"Гепатит"	1,2	<b>Річний</b>
9	"Здоровий відпочинок"	0,02	<b>За одну добу</b>
10	"Майбутня мати"	4,5	<b>Річний</b>
11	"Травма"	7,2	<b>Річний</b>
12	"Реабілітація"	5,0	<b>Річний</b>
13	"Допомога при тяжких захворюваннях"	3,5	<b>Річний</b>
14	"Щит здоров'я"	7,0	<b>Річний</b>
15	"Сімейний лікар"	5,0	<b>Річний</b>

2. При визначенні кінцевого розміру страхового тарифу, в залежності від факторів ризику та суттєвих умов Договору страхування, до базового страхового тарифу можливе застосування наступних корегувальних коефіцієнтів:

#### K1: Коефіцієнт кількості Застрахованих осіб

Значення коефіцієнта визначається в залежності від кількості Застрахованих осіб

Кількість Застрахованих осіб	Коригуючий коефіцієнт
до 10	1,00
від 2 до 10	0,95
від 11 до 30	0,90
від 31 до 100	0,80
від 101 до 500	0,75
від 501 до 1000	0,65
від 1001 до 3000	0,55
Більше 3000	0,45

## **K2: Коефіцієнт віку Застрахованих осіб**

Значення коефіцієнта визначається в залежності від віку Застрахованих осіб

Вік Застрахованих осіб	Коригуючий коефіцієнт
від 1 до 3	2,50
від 3 до 7	1,50
від 7 до 17	1,10
від 18 до 30	1,00
від 31 до 40	1,20
від 41 до 55	1,40
від 56 до 65	1,60
від 65 до 70	1,90

## **K3: Коефіцієнт короткостроковості**

При укладенні Договору страхування на строк менше одного року, в залежності від строку дії Договору страхування застосовуються відповідні корегувальні коефіцієнти (при страхуванні на строк 1 рік застосовується коефіцієнт 1). При цьому, кожний неповний строк страхування при розрахунках страхового тарифу рахується як повний.

Стрік страхування	Коригуючий коефіцієнт	Стрік страхування	Коригуючий коефіцієнт
15 днів	0,15	6 місяців	0,70
1 місяць	0,25	7 місяців	0,75
2 місяці	0,30	8 місяців	0,80
3 місяці	0,40	9 місяців	0,85
4 місяці	0,50	10 місяців	0,90
5 місяців	0,60	11 місяців	0,95

## **K4: Коефіцієнт франшизи**

Визначається залежно від розміру франшизи, що обирає Страхувальник.

Розмір франшизи, % від страхової суми	Коригуючий коефіцієнт	Розмір франшизи, % від страхової суми	Коригуючий коефіцієнт
0,00	1,00	2,00	0,88
0,25	0,98	2,50	0,85
0,50	0,95	3,00	0,82
1,00	0,92	4,00	0,80
1,50	0,90	5,00	0,70

## **K5: Коефіцієнт сплати страхового платежу**

Періодичність сплати страхового платежу	Коригуючий коефіцієнт
одноразово	1,00
в два строки, з інтервалом не більше 4 місяців	1,02
в два строки, з інтервалом більше 4 місяців або в три строки	1,05
щоквартально	1,10
щомісячно	1,15

## **K6: Коефіцієнт врахування інших ступенів ризику**

При укладенні окремого Договору страхування в залежності від чинників, що впливають на настання страхового випадку і не передбачені коефіцієнтами K1-K6, а саме: обмеження умови страхування чи переліку медичних послуг; стану здоров'я; професії Застрахованої особи; наявності/відсутності шкідливих умов праці на виробництві;

проведення профілактичних заходів; додаткові виключення із страхових випадків тощо, коригуючий коефіцієнт може бути встановлено у розмірі від 0,1 до 3,0.

3. У будь-якому випадку при застосуванні корегувальних коефіцієнтів, кінцевий розмір страхового тарифу не може перевищувати 40% від страхової суми для практично здорових людей та 70% при страхуванні осіб із наявністю захворювання в анамнезі.

4. Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку страхових тарифів складає 40%.

Актуарій

Поплавський О.О.

(Диплом №14 від 17 вересня 1999 року)

Підписано відповідно до положення про державні реєстраційні документи

В.І.оф. І.Філія приватної підприємчої форми підприємства

з розташуванням у місті Дніпро, Україна, згідно з

законом України "Про підприємництво"

з днем реєстрації 18.09.2008 р.

згідно з реєстраційним документом № 0381501



Прошито та  
пронумеровано  
20 аркушів  
автоматично  
(ирописом)

Державна комісія з регулювання  
фінансових послуг України

Іменується: Чеснуков Вадим  
зареєстрований  
підприємство з  
підприємництва

Підпись

18.09.2008

Дата

Регістраційний номер

0381501

СТАТУС ВА КОМПАНІЯ "СБІЗ"  
ЗАРЕЄСТРОВАНА УКРАЇНІ  
ВАДИМ ЧЕСНОКOV  
3809430  
КРАЇНА

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО  
– АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ  
«СКАРБНИЦЯ»**



**ЗМІНИ №1**  
до  
**ПРАВИЛ**  
**добровільного медичного страхування**  
**(безперервне страхування здоров'я)**

( затверджені 19 серпня 2008 року Дубовим Ю.Б., Президентом ВАТ АСК «Скарбниця»  
та зареєстровані 18 вересня 2008 року Державною комісією з регулювання ринків  
фінансових послуг України за № 0381501 )

Внести зміни до п.3.1. Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) та викласти його в наступній редакції:

3.1. Згідно з даними Правилами предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працевдатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеній страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

Доповнити Правила добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) п.18.2. та викласти його в наступній редакції:

18.2. Договором страхування можуть бути передбачені інші особливі умови страхування, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

Інші умови Правил залишаються без змін.

Ці зміни становлять невід'ємну частину **ПРАВИЛ добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я)** ( затверджені 19 серпня 2008 року Дубовим Ю.Б., Президентом ВАТ АСК «Скарбниця» та зареєстровані 18 вересня 2008 року Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за № 0381501 )

В цьому документі прошито, пронумеровано,  
скріплено печаткою та підписом керівника ПРАТ  
ACK «Скарбниця»  
2 (гбоа) аркуші  
Голова правління

