

„ЗАТВЕРДЖУЮ”

Генеральний директор
„РОСНО Україна”

К. Бергманн

“01 ” березня 2006 р.

П Р А В И Л А

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

№ 103/06

м. Київ – 2006 р.

ЗМІСТ

| | |
|---|---------------------------------|
| 1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ | 3 |
| 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ | 5 |
| 3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ | 5 |
| 4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ ТА СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ | 5 |
| 5. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК | 6 |
| 6. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ | 6 |
| 7. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ | 8 |
| 8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ | 8 |
| 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН | 9 |
| 10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ | 11 |
| 11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ | 11 |
| 12. ПОРЯДОК, УМОВИ, СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ | 12 |
| 13. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ | 12 |
| 14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ | 13 |
| 15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ | 13 |
| 16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ | 14 |
| 17. ОСОБЛИВІ УМОВИ | 14 |
| Додаток №1 | |
| до Правил добровільного медичного страхування | |
| 1. ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ | 15 |
| 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ | Ошибка! Закладка не определена. |

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

- 1.1 **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрозувати її життю.
- 1.2 **Гострий біль** - така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.
- 1.3 **Договір страхування** – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату безпосередньо (або через Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс)) закладу, який надав лікувально-діагностичні, профілактичні, транспортні або інші послуги, передбачені договором страхування та Програмою страхування Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови договору страхування.
- 1.4 **Застрахована особа** – дієздатний громадянин, резидент або не резидент України, на користь якого укладений договір страхування.
- 1.5 **Ліміт відповідальності** – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні договору страхування по програмах страхування та / або окремих видах страхових послуг.
- 1.6 **Медичний заклад** – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.
- 1.7 **Нещасний випадок** – раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулась внаслідок впливу різних зовнішніх факторів (фізичних, хімічних, технічних і т. ін.) та призвела до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або її загибелі (смерті), яка не підпадає під виключення згідно з цими Правилами.
- До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.
- Під розладом здоров'я слід розуміти травматичне ушкодження здоров'я (травма, забій, рана, перелом, черепно – мозкова травма, розрив органів, зв'язок, сухожилля і т. ін.), а також опік, утоплення, обмороження, переохолодження, тепловий удар, раптове удушення, випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними або токсичними речовинами (промисловими або побутовими), ліками тощо.
- 1.8 **Правила страхування** – Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ТДВ «РОСНО Україна».
- 1.9 **Програма добровільного медичного страхування** (далі - Програма страхування) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з договором страхування.
- 1.10 **Спеціалізована служба Страховика (Асистанс)** – юридична або фізична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страхувальника (Застрахованої особи) та осіб, що надають послуги Страхувальнику (Застрахованій особі) в разі настання страхового випадку, організовує, контролює, сплачує надання таких послуг та виконує інші дії від імені та за дорученням Страховика.

- 1.11 **Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю "РОСНО Україна"**, що діє згідно із Законом України "Про страхування", укладає із Страхувальниками, договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) на підставі цих Правил медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та ліцензії Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України серії __ № __ від __
- 1.12 **Страхувальники** – юридичні особи або дієздатні громадяни, які укладають із Страховиком договори добровільного медичного страхування.
- 1.13 **Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась під час дії договору страхування і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або іншій третій особі (медичному, транспортному або іншому закладу, що надав допомогу, виконав послугу відповідно до договору страхування).
- 1.14 **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов договору страхування.
- 1.15 **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
- 1.16 **Страховий платіж** (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов договору страхування.
- 1.17 **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- 1.18 **Терористичні дії** - в контексті цих Правил розуміються такі дії, які включають але не обмежуються використанням сили або насилля та/або погрози використання сили або насилля від особи або групи осіб, які діють самостійно, представляють чи пов'язані з будь-якою(- якими) організацією(- ями) або владою(-ами), які по своїй природі створені з метою або у зв'язку з політичною, релігійною, ідеологічною або подібною метою, включаючи наміри впливати на владу та/або для залякування суспільства або його частки.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1 Страховик згідно із Законом України "Про страхування" і на умовах цих Правил укладає зі Страхувальниками Договори добровільного медичного страхування (далі – договори страхування). Страхувальник може укласти договори щодо страхування власного здоров'я та (або) здоров'я третіх осіб (Застрахованих осіб), лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством України.
- 2.2 Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком договір страхування фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені в список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною договору страхування.
- 2.3 Страхувальник, який уклав договір страхування на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з договором страхування.
- 2.4 За цими Правилами Застрахованими можуть особи, що є резидентами та нерезидентами України.
- 2.5 Вік Застрахованої особи на момент укладання договору страхування не повинен бути меншим 3 років та старшим за 65 років, якщо інше не передбачене договором страхування.
- 2.6 Ці Правила регулюють загальні умови та порядок укладення договору страхування. За згодою Сторін у договір страхування можуть бути внесені додаткові умови, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

3. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

- 3.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ ТА СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

- 4.1 Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладенні договору страхування.
- 4.2 Загальна сума страхових виплат по страхових випадках не може перевищувати страхової суми за договором страхування.
- 4.3 В період дії договору страхування Страхувальник, за згодою Страховика, може збільшити розмір страхової суми, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 4.4 При збільшенні страхової суми розмір додаткового страхового платежу розраховується на підставі тарифу пропорційно терміну, що залишився до закінчення дії договору страхування.
- 4.5 Збільшення страхової суми оформляється Сторонами шляхом внесення змін до діючого договору страхування.
- 4.6 В межах страхової суми, договором страхування можуть встановлюватися ліміти відповідальності Страховика щодо страхових виплат по окремих програмах страхування та окремих видах медичних послуг.
- 4.7 Загальна сума страхових виплат по страхових випадках за окремими програмами та послугами не може перевищувати відповідних лімітів та загальної страхової суми, що встановлені договором страхування.
- 4.8 Страхові платежі визначаються відповідно до термінів та умов страхування на основі тарифів, які діють на момент укладання договору страхування. При визначенні страхового платежу Страховик може використовувати коригуючі коефіцієнти. Страхові тарифи наведені у Додатку №1 до цих Правил.
- 4.9 У разі сплати страхового платежу в строки зазначені в договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за договором страхування пропорційно відношенню суми сплаченої частини страхового платежу до передбаченої договором страхування, та відповідно зменшує страхову виплату.

- 4.10 Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).
- 4.11 Страхувальники - резиденти згідно з укладеним договором 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 законодавством України.
- 4.12 Зазначений в договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу встановлюються договором страхування.

5. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

- 5.1 Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- 5.2 Відповідно до цих Правил, страховим ризиком є:
- 5.2.1 непередбачене гостре захворювання, що потребує надання екстреної медичної допомоги;
 - 5.2.2 загострення хронічної хвороби, яке становить загрозу життю Застрахованої особи;
 - 5.2.3 розлади здоров'я Застрахованої особи, що є наслідками нещасного випадку, який трапився із Застрахованою особою під час дії договору страхування, та на території дії договору страхування;
 - 5.2.4 необхідність звернення до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) у інших випадках, передбачених договором страхування.
- 5.3 Страховим випадком визнається звернення Застрахованої особи під час дії договору страхування до **Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу)**, медичного або іншого профілактично – оздоровчого закладу, передбаченого договором або програмою страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з профілактичною метою, якщо це передбачено програмою страхування, та отримання медичної допомоги та інших послуг у межах та в обсязі програми страхування та лімітів страхування.

6. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

- 6.1. Якщо інше не передбачене договором страхування, не приймаються на страхування:**
- 6.1.1 особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;
 - 6.1.2 інваліди I та II групи інвалідності;
 - 6.1.3 особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному).
- 6.2 Страховик має право достроково припинити договір страхування Застрахованої особи, якщо буде встановлено факт її відношення до осіб, зазначених у п.6.1. цих Правил. Сплачені за такими договорами страхові платежі за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхових тарифів, повертаються Страхувальнику.
- 6.3 До страхових випадків не відносяться звернення Застрахованої особи до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) у зв'язку з:**
- 6.3.1 отриманням медичних послуг, що не передбачені договором страхування;
 - 6.3.2 захворюванням або травмою, що стала наслідком скоєння Застрахованою особою дій у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
 - 6.3.3 захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою дій, в яких слідчими органами або судом встановлені ознаки умисного злочину;

- 6.3.4 замахом на самогубство, навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;
- 6.3.5 ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникли внаслідок війни (навіть якщо її офіційно не оголошено), заколоту, терористичних дій, громадських заворушень, революції чи будь-якої операції військового типу;
- 6.3.6 отриманням травми внаслідок участі Застрахованої особи у несанкціонованих мітингах і демонстраціях;
- 6.3.7 отриманням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних заходах; Спортивними заходами, за умовами цих Правил, визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі, тощо) та інші спортивні дії за участю спортсменів.
- 6.3.8 захворюваннями, пов'язаними з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією Застрахованої особи, незалежно від термінів виявлення;
- 6.3.9 захворюваннями, пов'язаними з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, туберкульозом, незалежно від проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами;
- 6.3.10 захворюваннями, які потребують проведення лікування в медичних установах закритого типу;
- 6.3.11 хворобами, що потребують постійного медикаментозного, замісного лікування, трансплантації, протезування (в тому числі хвороби з'єднувальної тканини, ендокринної системи, хронічна ниркова недостатність);
- 6.3.12 будь-яким хворобами, що передаються переважно статевим шляхом та захворювання, обумовлені вірусом імунодефіциту людини (СНІД), що проявляються інфекційними, паразитарними захворюваннями, злоякісними пухлинами, іншими захворюваннями й станами, незалежно від термінів виявлення;
- 6.3.13 дерматофітією, іншими поверхневими мікозами; кандидозами, атопічним дерматитом, екземою, псоріазом;
- 6.3.14 загостреннями хронічних хвороб (якщо випадок загострення стався до початку дії договору страхування), уродженими аномаліями (вадами розвитку), деформаціями й хромосомними порушеннями, крім випадків, коли невідкладна медична допомога пов'язана із зняттям гострого болю;
- 6.3.15 ушкодженнями або хворобами, які прямо чи непрямо виникають внаслідок дії матеріалів ядерної зброї, іонізуючої радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів від спалення ядерного палива. Лише в рамках цього виключення, спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;
- 6.3.16 функціональними розладами психіки, що включають всі види розумових хвороб, включаючи, але не обмежуючись наступним: нейроінфекції, розсіяний склероз, дистрофічно - дегенеративні захворювання нервової системи, шизофренія, розпад особистості тощо;
- 6.3.17 нормальними або патологічними вагітністю, пологами, абортами (за винятком абортів за медичними показаннями та випадків, коли при зазначених станах медична допомога потрібна за життєвими показаннями), контрацепцією, лікуванням безпліддя, імпотенції.

6.4. Страховик не оплачує:

- 6.4.1 вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, стентів, милиць, колясок тощо), їх ремонт або прокат;
- 6.4.2 медичні послуги одержані Застрахованою особою в інших, ніж визнані Страховиком або Сервісною службою Страховика (Асистансом) медичних закладах або на умовах, що не передбачені договором страхування;

- 6.4.3 витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять у призначене лікарем лікування: самолікування, у т.ч. придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів;
 - 6.4.4 витрати за виклик бригади швидкої медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, що діє від імені та/або в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також при відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;
 - 6.4.5 планові хірургічні операції ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти;
 - 6.4.6 забезпечення лікарськими засобами, що не зареєстровані в Україні;
 - 6.4.7 корекцію ваги та лікування і профілактику целюліту, косметичні і пластичні операції;
 - 6.4.8 експериментальне лікування;
 - 6.4.9 лікувально-оздоровчі заходи і санаторно-курортне лікування;
 - 6.4.10 лікування, послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання, а також первинне чи повторне медичне обстеження Застрахованої особи за її власним бажанням, без медичних показань (при відсутності призначення лікаря);
 - 6.4.11 послуги з педикюру, остеопатії,
 - 6.4.12 акупунктуру, гомеопатію та інші нетрадиційні методи діагностики та лікування;
 - 6.4.13 моральну шкоду та упущену вигоду.
- 6.5. Умовами окремого договору страхування або програми страхування, перелік виключень та обмежень страхування може бути звужений або доповнений.

7. СТРОК ТА ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.2 Договір страхування укладається на термін до одного року, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 7.3 Територія дії договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено договором страхування або програмою страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1 Для укладення договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. Подання заяви не зобов'язує Страхувальника та Страховика укласти договір страхування.
- 8.2 При укладанні договору страхування Страховик має право витребувати у Страхувальника всі документи, які необхідні для оцінки страхового ризику. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження.
- 8.3 Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожній із Сторін.
- 8.4 Укладання договору страхування засвідчується підписами Страхувальника та уповноваженої особи Страховика і печаткою Страховика, а у випадку, коли Страхувальником виступає юридична особа – підписом уповноваженої особи Страхувальника і печаткою Страхувальника.
- 8.5 Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачено договором страхування. У договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:
 - 8.5.1 при розрахунках готівкою - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу або першої його частини представнику Страховика або в касу Страховика;

- 8.5.2 при безготівкових розрахунках - з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу або першої його частини на поточний рахунок Страховика в повному обсязі або визначеної частини, якщо інше не обумовлено договором страхування;
- 8.6 Дія договору страхування закінчується о 24 годині дня, зазначеного у договорі страхування, як день закінчення дії договору страхування
- 8.7 Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.
- 8.8 У випадку страхування групи осіб, договір страхування (поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до договору додається список Застрахованих осіб, із зазначенням розміру страхового тарифу та страхової суми для кожної Застрахованої особи. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною договору страхування (полісу, сертифікату) і підписується Сторонами договору.
- 8.9 Застрахованій особі забороняється передавати договір страхування (поліс, сертифікат) іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги та інших послуг.
- 8.10 У разі втрати договору страхування (полісу, сертифікату) Страхувальник повинен на підставі особистої письмової заяви одержати у Страховика дублікат. З моменту видачі дублікату втрачені примірники вважаються недійсними, виплати за ними не здійснюються.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

- 9.1.1. Перевіряти виконання Страховиком умов договору страхування;
- 9.1.2. Вимагати від Страховика оплату медичних послуг певного переліку і якості в обсязі Програми страхування, що була передбачена договором страхування;
- 9.1.3. Звернутися до Страховика із проханням щодо розширення переліку Програм страхування або підвищення розміру страхової суми, шляхом внесення змін до договору страхування та сплативши при цьому додатковий платіж;
- 9.1.4. Достроково припинити дію договору страхування, в порядку та на умовах, передбачених договором страхування та цими Правилами;
- 9.1.5. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного між ними договору страхування;
- 9.1.6. Звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги;
- 9.1.7. Ініціювати внесення змін до договору страхування;
- 9.1.8. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та в строки, визначені договором страхування;
- 9.2.2. При укладанні 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;
- 9.2.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст договору страхування, яка стала йому відома при укладанні та під час дії договору страхування;
- 9.2.4. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо даного об'єкту страхування;
- 9.2.5. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та провадити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором страхування.

9.2.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

9.3. Застрахована особа має право:

9.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу належної якості та в обсязі програм страхування та в межах лімітів страхування, які передбачені договором страхування;

9.3.2. Провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Сторін, якщо договором страхування не передбачено інше;

9.3.3. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у базовому медичному закладі;

9.3.4. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Застрахованої особи.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. Проходити лікування, як призначено лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

9.4.2. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

9.4.3. У разі втрати страхових документів негайно сповістити про це Страховика;

9.4.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

9.4.5. Надавати лікарю-експерту Страховика, Спеціалізованій служби Страховика (Асистансу) можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

9.4.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені договором страхування;

9.4.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи.

9.5. Страховик має право:

9.5.1. Перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та Застрахованою особою;

9.5.2. Вимагати проведення попереднього медичного обстеження з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику;

9.5.3. Робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, які можуть володіти інформацією про обставини настання Страхового випадку;

9.5.4. Повністю або частково відмовити в оплаті медичних послуг відповідно до Статті 6 та 13 цих Правил, а також у випадках передбачених договором страхування;

9.5.5. Відкласти вирішення питання про оплату медичних послуг або відмову від оплати при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником (Застрахованою особою) до повного з'ясування усіх обставин;

9.5.6. Достроково припинити дію договору страхування або ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та договором страхування;

9.5.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

- 9.6.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику;
- 9.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором страхування строк; Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається у договорі страхування;
- 9.6.4. Не розголошувати відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які стали йому відомі під час укладання договору страхування та тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків передбачених законодавством України;
- 9.6.5. Видати Страхувальнику договір страхування із зазначенням обраної програми страхування;
- 9.6.6. Прийняти рішення про виплату або відмовити у страховій виплаті у строки встановлені договором страхування;
- 9.6.7. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика.
- 9.7. Сторони повинні дотримуватись умов договору страхування та цих Правил.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

- 10.1. У випадках, передбачених договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) за телефоном, зазначеним в договорі страхування та отримати інформацію щодо подальших дій.
- 10.2. Медичні послуги (крім послуг невідкладної медичної допомоги) Застрахованій особі надаються медичними закладами за умови пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:
- 10.2.1. письмового направлення лікаря-експерта Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) (або попередньої домовленості по телефону);
- 10.2.2. договору страхування (поліс, сертифікат);
- 10.2.3. документу, що засвідчує особу.
- 10.3. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.
- 10.4. Договором страхування може бути передбачений інший порядок звернення Застрахованих осіб за медичною допомогою.

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

- 11.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми) вартість наданих медичним закладом послуг на підставі рахунків медичних закладів наданих Страховику через Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс) або безпосередньо медичним закладом.
- 11.2. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.
- 11.3. Для одержання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику:
- 11.3.1. заяву;
- 11.3.2. копію паспорту;

- 11.3.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру;
 - 11.3.4. медичну довідку (виписку з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційний висновок);
 - 11.3.5. рецепти на придбання ліків;
 - 11.3.6. квитанції та касові і товарні чеки, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;
 - 11.3.7. інші документи, що можуть бути передбачені договором страхування.
- 11.4. Документи, що перераховані у п. 11.3. повинні бути надані Страховику протягом 10 календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних послуг або медикаментів, якщо інше не передбачене договором страхування. Якщо існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки.
- 11.4.1. в контексті цих Правил істотними вважатимуться такі причини: перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, перебування Застрахованої особи за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо.
- 11.5. Виплата здійснюється в межах страхової суми та лімітів відповідальності, обумовлених договором страхування та програмою страхування.

12. ПОРЯДОК, УМОВИ, СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.

- 12.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:
- 12.1.1 Перерахування коштів на рахунок Спеціалізованої службі Страховика (Асистансу) або медичного або іншого закладу, який надав послуги, якщо інше не передбачене договором страхування, на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) або іншим закладом, що надав послуги;
 - 12.1.2 Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у п. 11.3 та підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отримані медичні послуги. Відшкодування здійснюється таким чином: протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, згідно із переліком, що наведений у п. 11 цих Правил, Страховик складає страховий акт та приймає рішення про здійснення страхової виплати або про відмову у виплаті. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик у п'ятиденний термін з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.
- 12.2. Договором страхування також може бути передбачено здійснення страхової виплати у вигляді певного відсотку вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги, решту вартості Застрахована особа оплачує самостійно. Порядок та умови оплати у цьому випадку визначаються у договорі страхування.
- 12.3. Якщо дія договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до законодавства України.

13. ПІДСТАВИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

- 13.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:
- 13.1.1 Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язаних 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 (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до законодавства України;
- 13.1.2 Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - 13.1.3 Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;
 - 13.1.4 Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;
 - 13.1.5 Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Статті 6 цих Правил.
 - 13.1.6 Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із зобов'язань що передбачені договором страхування.
- 13.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 14.1 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 інше не передбачено договором страхування.
- 14.2 Будь-які зміни умов договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом внесення змін до чинного договору страхування. Внесені зміни набувають чинності з дати підписання Сторонами, якщо в договорі страхування не зазначено інше.
- 14.3 У разі незгоди будь-якої із Сторін на внесення змін у договір страхування у термін до 30-ти днів вирішується питання про дію договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 15.1. Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у випадках:
- 15.1.1 Закінчення строку дії договору страхування;
 - 15.1.2 Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;
 - 15.1.3 Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування строки. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений Страхувальником у передбачені договором страхування строки, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;
 - 15.1.4 Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника – громадянина (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків передбачених законодавством України;
 - 15.1.5 Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 15.1.6 Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
 - 15.1.7 У інших випадках, передбачених законодавством України.
- 15.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу Сторону не пізніше як за 30 днів до очікуваної дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.
- 15.3. Дію договору страхування може бути достроково припинено з ініціативи Страхувальника, якщо це передбачено умовами договору страхування.

15.3.1. 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 вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим договором страхування.

15.3.2. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком виконання умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.4. Дію договору страхування може бути достроково припинено з ініціативи Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

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

15.4.2 Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником (або Застрахованою особою) умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування з вирахуванням витрат на ведення справи, визначених нормативом у розмірі страхового тарифу, і страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

15.5 У разі дострокового припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо при укладенні договору страхування платежі було здійснено в безготівковій формі.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Суперечності, які виникли між Сторонами вирішуються шляхом переговорів.

16.2. Питання, за якими не було досягнуто домовленості, вирішуються в порядку, передбаченому законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Форс-мажором (Обставинами непереборної сили) є:

17.1.1 пожежа, повінь, землетрус або інші стихійні лиха, ембарго, акції громадської непокори, страйки, війна або військові дії будь-якого виду, ядерний вибух, радіаційне або будь-яке хімічне забруднення, дії або регулятивні вимоги державних та муніципальних органів влади, включаючи (але не обмежуючись) дії податкових адміністрацій різних рівнів, центральних (національних) банків та інших установ, відповідальних за здійснення та контроль банківських операцій;

17.1.2 будь-які інші обставини, не перераховані в 17.1.1 цих Правил, які знаходяться поза розумним контролем Сторін, що виникли після дати підписання договору страхування і суттєво та негативно впливають на спроможність Сторін виконувати свої обов'язки, передбачені договором страхування; за умови, однак, що обставини непереборної сили не включають або не є наслідком дії Сторін.

17.2 Постраждала від Обставин непереборної сили Сторона протягом 3 (трьох) днів з того моменту, коли їй стало відомо про такі обставини, повідомляє іншу Сторону в письмовому виді про початок і можливе (якщо таке можна передбачати) закінчення таких обставин.

17.3 Сторона, що постраждала від Обставин непереборної сили, підтверджує дію таких обставин у встановленому законодавством порядку.

17.4 Сторони звільняються від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань по договору страхування, якщо вони доведуть, що це невиконання було наслідком Обставин непереборної сили, зазначених у п.17.1 цих Правил.

Додаток №1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
від „___” березня 2006р.

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.

Договір страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька програм добровільного медичного страхування. Для однієї, кількох або для кожної із цих програм, в тому числі у межах однієї програми, можуть встановлюватись ліміти відповідальності (обмеження) щодо обсягу медичної допомоги та/або максимального розміру страхової виплати, що здійснюватиметься за умови виникнення страхового випадку.

Страхова сума, що встановлюється у договорі страхування за згодою Сторін, може складатися із окремих страхових сум за кожною, кількома чи всіма програмами.

Тариф за окремими програмами добровільного медичного страхування може бути скоригований із застосуванням коефіцієнтів, передбачених цими програмами. За усіма без виключення програмами можуть бути передбачені додаткові послуги за умови сплати додаткового платежу.

1. ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Амбулаторно – Поліклінічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ в тому числі:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- проведення лікувальних заходів та маніпуляцій;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами (якщо це передбачене умовами договору).

1.2 Стаціонарна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування) лікування (в тому числі перебування та харчування) в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- консультативно-діагностичне обслуговування;
- консервативне та оперативне лікування;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами.

1.3 Швидка медична допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
- експрес діагностику та невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- доставку каретою швидкої медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування.

1.4 Стоматологічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- консультації лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження;
- проведення анестезії;

- терапевтичне та хірургічне лікування зубів та ротової порожнини;
- гігієнічні процедури (зняття зубного каменю тощо).

Програма "Стоматологічна допомога" забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими програмами.

1.5. Профілактично-оздоровча програма передбачає (якщо інше не зазначене в договорі страхування):

- Курс профілактичного масажу;
- Відвідування фітнес-центру (сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- Профілактичний медичний огляд;
- Вакцинацію від грипу;
- Вітамінопрофілактику.