

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
ТДВ „Альянс Україна“

Й. Весслінг
«07» липня 2008 року

Зміни
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби
№104/06 від 01.03.2006 р.

1. У тексті Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби №104/06 від 01.03.2006 р. (надалі – „Правила”) словосполучення „об'єкт страхування” у всіх відмінках і числах замінити словосполученням „предмет договору страхування” у відповідних відмінках з урахуванням наступних змін:

1.1. Викласти Розділ 5 Правил у такій редакції:

„5.1. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

5.1.1. вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку;

5.1.2. навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень, за винятком тих випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.3. вчинення спадкоємцем (Вигодонабувачем) навмисного злочину, що призвів до загибелі або смерті Страхувальника (Застрахованої особи).

5.2. Страховими випадками не визнаються:

5.2.1. Захворювання на інфекційні (в тому числі паразитарні та вірусні) хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності договору страхування.

5.2.2. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності договору страхування.

5.2.3. Хвороба, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності договору страхування.

5.2.4. Будь-яка хвороба, яку було діагностовано до набуття чинності договору страхування (включаючи але не обмежуючись: вродженими пороками та вадами розвитку).

5.2.5. Захворювання, які пов'язані з вагітністю та пологами, крім позаматкової вагітності, якщо факт позаматкової вагітності встановлено не раніше ніж через три місяця з дня набуття чинності договором страхування.

5.2.6. Захворювання або стани, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних або інших речовин, що вживалися з метою сп'яніння, ліків без призначення лікаря, самолікування.

5.2.7. Захворювання, які є наслідком замаху на самогубство Страхувальника (Застрахованої особи) за винятком тих випадків, коли Страхувальник (Застрахована особа) був доведений до такого стану протиправними діями третіх осіб.

5.2.8. Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

5.3. Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

5.3.1. ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення;

5.3.2. військових дій, а також маневрів або інших військових заходів;

5.3.3. громадянської війни, народних заворушень різного роду та страйків;

5.3.4. стихійних явищ;

5.4. Застрахованими не можуть бути особи, які на час укладання договору страхування є інвалідами I, II груп, хворими на онкологічні хвороби, особи з тяжкими формами захворювань серцево-судинної системи, а також особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, центрах з профілактики та боротьби із СНІД, якщо договором страхування не передбачене інше.

5.5. При укладанні договору страхування здоров'я на випадок хвороби осіб,

яким встановлена II або III група інвалідності, до страхових випадків неможливе включення факту захворювання на хвороби з тих класів хвороб з Додатку №2 до цих Правил, внаслідок яких Застрахованій особі була встановлена група інвалідності.

5.6. Умовами окремого договору страхування або програми страхування, перелік виключень та обмежень страхування може бути звужений або доповнений.”

1.2. Викласти п.8.1 Правил у наступній редакції:

„**8.1.** Страхувальник має право:

8.1.1 Призначити отримувача страхової суми у разі настання страхового випадку за пп. 4.2 цих Правил (далі - Вигодонабувач), а також замінити його іншою особою до настання страхового випадку, при обов'язковій наявності письмової згоди та підпису Застрахованої особи або її опікуна за законом.

8.1.2 Протягом строку дії договору страхування за згодою Страховика вносити зміни до договору страхування, про що укладається додаткова угода до договору страхування.

8.1.3 Достроково припинити дію договору страхування шляхом подачі письмової заяви Страховику, якщо інше не передбачено договором страхування.

8.1.4 Отримати дублікат договору страхування (полісу) в разі його втрати. При наступній втраті договору (полісу) під час дії договору страхування з Страхувальника утримується додатковий платіж в розмірі фактичної вартості виготовлення дублікату.

8.1.5 оскаржити розмір здійсненої Страховиком страхової виплати або відмову у страховій виплаті в порядку, передбаченому законом та провести незалежну експертизу (розслідування) за власний рахунок в разі незгоди з висновком експертизи, комісії з розслідування страхового випадку”.

1.3. Викласти п.8.2 Правил у наступній редакції:

„ **8.2. Страховик має право:**

8.2.1. Перевіряти подану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію, а також контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування.

8.2.2. У випадку необхідності направляти запити, пов'язані з виконанням умов договору страхування та обставинами настання страхового випадку, до компетентних органів.

8.2.3. Достроково припинити дію договору страхування згідно з умовами розділу 7 цих Правил.

8.2.4. Відмовити в страховій виплаті у випадках, зазначених в Розділі 11 цих Правил.

8.2.5. Переглянути розмір тарифної ставки та/або страхового платежу у випадку змін, що істотно впливають на рівень ризику Страховика, що сталися після укладання Договору страхування (зміна кількості Застрахованих осіб, виду професійної діяльності Застрахованих осіб). У випадку, якщо Страхувальник не погоджується на зміну умов страхування або відмовляється від сплати додаткової страхової премії (у випадку збільшення розміру тарифної ставки), Страховик має право розглянути питання про припинення дії договору страхування”.

1.4. Викласти п.10.5 Правил у наступній редакції:

„**10.5.** Додатково, при настанні страхового випадку, передбаченого пунктом 4.2.4 цих Правил, Застрахована особа подає Страховику такі документи:

10.5.1 довідку медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності;

10.5.2 виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувальної установи із зазначеним діагнозом.”

1.5. Викласти п.11.10 Правил у наступній редакції:

„**11.10.** Якщо договором страхування не передбачене інше, при настанні страхового випадку розмір страхової виплати визначається наступним чином:

11.10.1 У разі настання страхового випадку за п.4.2.1 цих Правил Застрахованій особі виплачується сума згідно з Додатком №2 до цих Правил.

11.10.2 У разі настання страхового випадку за п.4.2.2 – 4.2.3 цих Правил Застрахованій особі виплачується 0,1 - від страхової суми за кожен день непрацездатності (перебування в стаціонарі), але не більше 50% від страхової суми, визначеної договором страхування.

11.10.3 У разі настання страхового випадку за п.4.2.4 цих Правил Застрахованій особі виплачується сума в залежності від групи інвалідності:

I група інвалідності - 100% страхової суми;

II група інвалідності - 80% страхової суми;

III група інвалідності - 60% страхової суми;

11.10.4 При настанні страхового випадку за п.4.2.5 цих Правил Вигодонабувачу (спадкоємцям Застрахованої особи за законом) виплачується 100 % страхової суми.”

2. У тексті Правил словосполучення „РОСНО Україна” замінити словосполученням „Альянс Україна”.

3. Доповнити Правила Розділом 16 „Особливі умови” наступного змісту:

„В договір страхування за згодою сторін можуть бути внесені інші додаткові умови, що не суперечать закону.”