

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. Генерального директора
Товариства з додатковою відповідальністю
«Страхова компанія «УКРФІНПОЛІС»
О.П. Коріненко/
«*Вересня*» 2014 р.



П РА В И Л А
добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

м. Київ – 2014р.

ЗМІСТ

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	5
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	8
7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	8
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	9
9. МІСЦЕ І ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ	10
11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	11
12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	13
13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	13
14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	14
15. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	16
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	17
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ	17
Додаток 1	18

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Амбулаторне лікування – це поза госпітальна медична допомога/послуга, що призначається для обстеження та/або лікування хворих та надається відвідувачам у лікувально-профілактичних закладах якими є: поліклініки, амбулаторії, здравпункти, спортивно-оздоровчі заклади, фельдшерсько-акушерські пункти, денні стаціонари та не потребує цілодобового лікування.

Вигодонабувач – фізична або юридична особа, призначена Страхувальником при укладанні Договору страхування за згодою Застрахованої особи для отримання страхових виплат у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку. Якщо Вигодонабувач не був призначений або помер, страхова виплата, у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку, виплачується спадкоємцю (спадкоємцям) Застрахованої особи за законом або заповітом. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи замінювати Вигодонабувача за Договором страхування до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

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.

Договір страхування – письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Застрахованій особі або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни чи строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Загострення – стадія хронічної хвороби, що характеризується підсиленням існуючих симптомів, або появою нових.

Застрахована особа – фізична особа про страхування життя та/або здоров'я якої та на користь якої Страхувальником укладений із Страховиком Договір страхування, і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Здоров'я – це стан організму, в якому відмічається відповідність структури та функції, а також здатність регуляторних систем підтримувати стабільність внутрішнього середовища (гомеостаз).

Консервативне лікування – вид лікування при якому не проводилася хірургічна операція.

Патологічний процес – це сукупність місцевих та загальних реакцій, виникаючих в організмі у відповідь на пошкоджуючу дію хворобоутворюючого агенту.

Ремісія – етап перебігу хвороби, що характеризується тимчасовим ослабленням, або зникненням її проявів.

Рецидив – повторний прояв ознак хвороби після ремісії.

Стаціонарне лікування – вид медичної допомоги/послуги, що призначається для обстеження та/або лікування хворих та надається відвідувачам у лікувально-профілактичних закладах якими є: лікарні, госпіталі, диспансери, медсанчастини та потребує цілодобового лікування у даних закладах під наглядом медичного персоналу.

Страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) – документ, що є формою Договору страхування та свідчить про укладання Договору страхування.

Страхувальники – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договір страхування.

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

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

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов’язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій третій особі.

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

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

Страховик – **ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «УКРФІНПОЛІС»**.

Тілесне пошкодження (травма) – порушення анатомічної цілісності або фізіологічної функції тканин, органів, систем, що виникають внаслідок дії чинників навколишнього середовища.

Франшиза. Договором страхування може бути передбачена:

- умовна франшиза - сума збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування, якщо розмір збитків не перевищує цієї суми. Збитки підлягають відшкодуванню у повному обсязі, якщо розмір збитків перевищує розмір умовної франшизи.
- безумовна франшиза - частина збитків, яка не відшкодовується Страховиком, згідно з Договором страхування.
- строкова франшиза – встановлюється в днях як період очікування.

Конкретний перелік та розмір страхових сум та франшиз встановлюється Договором страхування.

Хвороба (захворювання) - це порушення нормальної життєдіяльності організму при дії на нього пошкоджуючих агентів, в результаті чого знижуються його пристосувальні можливості.

Хірургічна операція – медична процедура яка була здійснена за допомогою розсічення тканин тіла та/або кваліфікованим хірургом відповідно до загальноприйнятих медичних норм.

Хронічна хвороба – хвороба, що характеризується періодами загострень частіше 2-х (двох) разів на рік та/або виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

Загостренням хронічної хвороби (рецидив) - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб’єктивні скарги та об’єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем).

Інші терміни, що не обумовлені Правилами, визначені законом. Якщо значення якого-небудь терміну (найменування або поняття) не обумовлено Правилами та не може бути визначено, виходячи з законодавства України, то таке найменування або поняття використовується у своєму звичайному лексичному значенні.

Договір може містити інші положення, ніж ті, що передбачені Правилами, якщо такі положення не суперечать закону.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Правила добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби (надалі - Правила) розроблені відповідно до Закону України “Про страхування” та інших нормативних документів чинного законодавства України.

2.2. На підставі цих Правил, Договорів добровільного страхування здоров’я на випадок хвороби (надалі – Договори страхування) Страховик здійснює добровільне страхування здоров’я на випадок хвороби фізичних осіб.

2.3. Договір страхування має бути оформлений у письмовій формі. Факт укладання договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

2.4. За Договором страхування, укладеним відповідно до цих Правил, Страховик приймає на себе зобов’язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату (надати допомогу, виконати послугу) Застрахованій особі або іншій особі, визначеній у Договорі

страхування, в межах обумовленої Договором страхування страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови Договору.

2.5. Страхувальники мають право укласти договори страхування здоров'я на випадок хвороби особисто себе або третіх осіб за їх згодою (надалі - Застраховані особи).

2.6. У випадку, коли Страхувальник уклав договір про страхування свого здоров'я на випадок хвороби, він одночасно є і Застрахованою особою.

2.7. При укладанні договору страхування Страхувальник має право призначити Вигодонабувачів.

2.8. Якщо інше не передбачено договором страхування, обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах та/або в договорі страхування, розповсюджуються також і на Застраховану особу та/або Вигодонабувача. Якщо інше не передбачено договором страхування, вчинення Застрахованою особою та/або Вигодонабувачем діяльності (дій або бездіяльності) породжує ті ж самі правові наслідки, як би така діяльність (дії або бездіяльність) була вчинена Страхувальником.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

3.2. Застрахованими особами згідно з цими Правилами можуть бути особи віком від 1 до 60 років, якщо договором страхування не передбачено інше.

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

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1. Страховий ризик - певна подія, на випадок якої проводиться страхування та яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. За цими Правилами страховий ризик - несподівана та ненавмисна подія, що з певною ймовірністю може відбутись в період дії договору страхування, наслідком якої є тимчасовий або постійний розлад здоров'я Застрахованої особи та/або її смерть.

4.2. Страховим ризиком за Договором є подія, що відбулася протягом строку дії Договору, підтверджена передбаченими умовами Договору документами та внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть, внаслідок:

4.2.1. гострої хвороби;

та/або

4.2.2. загострення хронічної хвороби;

та/або

4.2.3. тілесного ушкодження (травми),

4.3. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі, Вигодонабувачу згідно з Договором страхування або особі, що має право на отримання страхової виплати відповідно до законодавства України. Страховими випадками за Договором є:

4.3.1. Захворювання Застрахованої особи під час дії договору страхування однією із хвороб (групою хвороб) за переліком, зазначеним в Таблиці 1 Додатку 1 до цих Правил та/або договором страхування.

4.3.2. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи (перебування на амбулаторному та/або стаціонарному лікуванні для непрацюючих Застрахованих осіб, у тому числі для дітей) під час дії Договору внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, тілесного ушкодження (травми).

4.3.3. Виникнення у Застрахованої особи будь-якого первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, тілесного ушкодження (травми) під час дії договору страхування, що призвело до необхідності її стаціонарного лікування.

4.3.4. Виникнення у Застрахованої особи будь-якого первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, тілесного ушкодження (травми) під час дії договору страхування, що призвело до необхідності хірургічного втручання.

4.3.5. Медичні ускладнення (екстремальні стани), які виникають під час пологів, терапевтичного, стоматологічного, хірургічного лікування та діагностичного обстеження за переліком, зазначеним в договорі страхування..

4.3.6. Захворювання Застрахованої особи, яке вимагає амбулаторного, стаціонарного, стоматологічного, санаторно-курортного лікування або надання невідкладної медичної допомоги в період дії договору страхування в медичний заклад, передбачений Договором страхування.

4.3.7. Встановлення інвалідності (в тому числі, зміна групи інвалідності на вищу) Застрахованій особи під час дії договору страхування внаслідок гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, тілесного ушкодження (травми), що настали в період дії Договору а саме:

4.3.7.1. встановлення інвалідності III групи,

та/або

4.3.7.2. встановлення інвалідності II групи,

та/або

4.3.7.3. встановлення інвалідності I групи,

та / або

4.3.8. смерть Застрахованої особи.

4.4. Події, зазначені у п. 4.3.1 - 4.3.6 цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо вони мали місце в період дії Договору страхування і підтверджуються документами, виданими компетентними органами в установленому законом порядку (медичними установами та ін.).

4.5. Конкретний перелік страхових випадків за кожним окремим договором страхування визначається Страхувальником та Страховиком і зазначається в договорі страхування.

4.6. Якщо інше не передбачено договором страхування, смерть Застрахованої особи або встановлення їй інвалідності (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу) внаслідок виникнення під час дії договору страхування первинного гострого захворювання, визнається страховими випадком протягом 6-ти місяців від дня виникнення первинного гострого захворювання незалежно від дати закінчення договору страхування.

4.7. Якщо це передбачено договором страхування, то у разі настання страхового випадку відшкодовуються необхідні та доцільні витрати Страхувальника, здійснені з метою запобігання або зменшення розміру збитків.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. До страхових випадків не відносяться і страхові виплати не здійснюються, якщо ушкодження, розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи настали внаслідок:

5.1.1. Подій, що сталися до початку дії договору страхування та після його закінчення.

5.1.2. Вчинення Застрахованою особою злочину, готування до злочину або замаху на його вчинення.

5.1.3. Будь-яких дій Застрахованої особи, здійснених нею у стані алкогольного сп'яніння (в т.ч. за умови вживання будь-яких речовин з метою сп'яніння) або під впливом наркотичних чи токсичних речовин.

5.1.4. Отруєнням наркотичними або токсичними речовинами, алкоголем або іншими речовинами, які вживалися з метою сп'яніння, виключаючи випадки, коли вживання Застрахованою особою цієї речовини сталось в результаті протиправних дій третіх осіб.

5.1.5. Самогубства Застрахованої особи, замаху на самогубство або навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень, незалежно від ступеня її збудження (несамовитості), за виключенням випадків, коли вона була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб. При цьому, вказані дії Застрахованої особи визнаються такими тільки на підставі рішення компетентних органів, що доводять вчинене.

5.1.6. Навмисних дій Застрахованої особи, що привели до виникнення захворювання, травмування. Це не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, забезпеченням необхідної особистої оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я. Кваліфікація дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України

5.1.7. Самолікування або іншого медичного втручання, що здійснюється самою Застрахованою особою, або іншими особами за її дорученням (без медичного призначення лікаря).

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

5.1.9. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

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

5.1.11. Захворювання, яке пов'язане з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів.

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

- ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення;
- військових дій, а також маневрів або інших військових заходів;
- громадянської війни, народних заворушень різного роду та страйків;
- стихійних явищ.

5.3. Страховик не несе відповідальності за випадки (якщо інше не передбачено Договором), які пов'язані з:

5.3.1. Гострим або хронічним променевим ураженням.

5.3.2. Вродженими та спадковими захворюваннями.

5.3.3. Психічними хворобами, епілепсією.

5.3.4. Хворобами, викликаними вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) – [B20 – B24] відповідно до Міжнародної класифікації хвороб № 10

5.3.5. Наркоманією, токсикоманією, хронічним алкоголізмом.

5.3.6. Венеричними захворюваннями.

5.3.7. Туберкульозом, лепрою ожирінням, дистрофією.

5.3.8. Чоловічим та жіночим безпліддям, розладом менструації внаслідок лікування методами нетрадиційної медицини.

5.3.9. Невиконання призначень і рекомендацій лікаря.

5.3.10. Хірургічним втручанням, яке:

- здійснювалося без відповідних медичних показань та/або хірургом, який не володіє необхідною кваліфікацією;
- мало діагностичний, профілактичний та/або експериментальний характер;
- пов'язане з лікуванням непроліферуючого рака, рака шкіри всіх видів за винятком проліферуючої злоякісної меланоми;
- пов'язане з видаленням: грижі будь-якого типу, каменів у нирках, сечоводах або жовчному міхурі;
- спрямоване на усунення аномалій носової перегородки або носових ходів,
- пов'язане з лікуванням геморою, ендометріозу, захворювань мигдалин або аденоїдів, щитовидної залози, катаракти, міоми матки, свищу прямої кишки, холециститу, захворювань серця та/або судин, виразкової хвороби шлунка або 12-палої кишки, деформацією костей стоп, грижі міжхребцевого диска, варікоцеле, гідроцеле, ушкоджень меніска, туберкульозу, а також гистеректомія.

5.4. При укладанні договору страхування може передбачатись інший перелік виключень із страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству та цим Правилам і зазначені у договорі страхування.

5.5. Окремі виключення із числа перелічених у п.п. 5.1 - 5.3 цих Правил можуть бути **скасвані** за особливих умов, передбачених договором страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

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

6.2. Страхова сума встановлюється за погодженням сторін та зазначається в договорі страхування.

6.3. Страхова сума може бути зазначена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, договору страхування в цілому.

6.4. Якщо Страхувальник укладає договір страхування у відношенні декількох осіб, страхова сума встановлюється для кожної Застрахованої особи, а в договорі вказується як загальна страхова сума за договором, так і страхова сума на кожному Застраховану особу.

6.5. Протягом строку дії договору страхування страхова сума може бути змінена за згодою сторін.

7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ

7.1. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні договорів страхування на підставі цих Правил, зазначені в Додатку 1 до цих Правил.

7.2. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж як плату за страхування.

7.3. Страховий платіж визначається згідно зі страховим тарифом, розмір якого встановлюється у договорі страхування залежно від обраних страхових ризиків, страхових сум, строку страхування, професії, віку, статі Застрахованої особи, стану її здоров'я та інших чинників в залежності від конкретних умов страхування.

7.4. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).

7.5. 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 чинним законодавством України.

7.6. Зазначений в договорі страхування страховий платіж за узгодженням сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови, терміни чи строки сплати страхового платежу встановлюються договором страхування.

7.7. При здійсненні страхової виплати внаслідок настання страхового випадку за договором страхування зі сплатою страхового платежу частинами, Страховик має право утримати частину страхової виплати у розмірі несплаченого страхового платежу в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу за період дії договору страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

7.8. У разі сплати страхового платежу (або його частини) в строки, зазначені в договорі страхування, але не в повному обсязі, Страховик несе відповідальність за договором страхування пропорційно відношенню фактично сплаченої частини страхового платежу до нарахованого страхового платежу (його частини) за договором страхування, та відповідно у разі настання страхового випадку буде зменшуватись розмір страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

7.9. У разі несплати Страхувальником другої або наступних частин страхового платежу у встановлені договором страхування строки, Страховик не несе відповідальності за своїми зобов'язаннями в межах договору страхування з 00 годин дня, визначеного в договорі страхування як дата сплати чергового страхового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування.

Відповідальність Страховика за договором страхування може бути поновлена, якщо її було зупинено внаслідок невчасної сплати Страхувальником чергової частини страхового

платежу, шляхом сплати Страхувальником відповідної частини страхового платежу протягом 10 (десяти) календарних днів від дня, зазначеного в договорі страхування як дата сплати чергового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування.

При цьому відповідальність Страховика поновлюється з 00 годин дня, наступного за днем зарахування відповідної частини страхового платежу на рахунок або внесення в касу Страховика. Строк дії договору страхування при цьому не подовжується.

У разі несплати Страхувальником чергової частини страхового платежу протягом 10 (десяти) календарних днів від дня, зазначеного в договорі страхування як дата сплати чергового платежу, дія договору страхування припиняється, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, яка встановлена Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

8.2. Подання заяви на страхування не зобов'язує жодну із сторін укласти договір страхування. Однак, якщо договір страхування буде укладено, всі відомості щодо об'єкта страхування, які були наведені в заяві на страхування, формують основні дані укладеного договору. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

8.3. При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний сповістити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення для визначення ступеня страхового ризику. Якщо після укладання договору страхування буде встановлено, що Страхувальник/Застрахована особа повідомив свідомо невірні відомості або приховав їх, Страховик має право відмовити у страховій виплаті.

8.4. При укладанні договору страхування Страховик має право вимагати надання Застрахованою особою інформації про стан її здоров'я, за формою, визначеною Страховиком та проведення медичного огляду Застрахованої особи.

8.5. На підставі даних, отриманих від Страхувальника/Застрахованої особи, Страховик приймає рішення про укладання договору страхування. Договір страхування укладається шляхом його підписання сторонами.

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

8.7. У випадку втрати оригіналу договору страхування в період його дії Страховик видає Страхувальнику дублікат.

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

8.9. Дія договору страхування закінчується о 24-00 годині дати, визначеної в договорі страхування як дата закінчення дії договору страхування.

8.10. Договір страхування укладається на один рік або інший строк, узгоджений сторонами. Дати початку та закінчення дії договору страхування зазначаються в договорі страхування.

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

8.11.1. Закінчення строку дії договору страхування.

8.11.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

8.11.3. Несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені договором строки, з урахуванням умов, передбачених п. 7.9. цих Правил.

8.11.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування».

8.11.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

8.11.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

8.11.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України або договором страхування.

8.12. 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 другу Сторону не пізніше, як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.13. При достроковому припиненні Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (40%), визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування крім порушення строків здійснення страхової виплати, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

8.14. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (40%), визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

8.15. У випадку дострокового припинення дії договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж (безготівковий або готівковий розрахунок).

8.16. У договорі страхування за погодженням сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

9. МІСЦЕ І ТЕРИТОРІЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Місце і територія дії договору страхування визначається при його укладанні і вказуються в ньому.

9.2. Якщо інше не передбачено в договорі страхування, територією страхування є Україна.

10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ РИЗИКУ

10.1. Зміни умов договору страхування в період його дії (зміни страхової суми, місця (території) страхування тощо) за згодою сторін вносяться шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування або переукладання договору страхування.

10.2. Додаткова угода є невід'ємною частиною договору страхування і складається у кількості примірників договору страхування.

10.3. Зміною ступеня ризику вважається будь-яка зміна даних або/та обставин, які надані Страхувальником в заяві на страхування, такі факти або події стосовно об'єктів, прийнятих на страхування, що можуть суттєво вплинути зміну страхового ризику, наприклад: зміна Застрахованою особою професійної діяльності, якщо це пов'язано з підвищенням небезпеки для життя та/або здоров'я, заняття видами спорту, пов'язаними з підвищеним ризиком для життя та/або здоров'я і т. ін.

10.4. Протягом строку дії договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно, протягом 3 (трьох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо (якщо інший строк не передбачений договором страхування), повідомити Страховика про всі істотні зміни ступеня ризику.

10.5. Страхувальник не має права розпочинати або виконувати будь-яких дій, що підвищують ступінь страхового ризику без узгодження із Страховиком.

10.6. У разі надходження повідомлення Страхувальника про зміну ступеню ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів приймає рішення про внесення змін в договір страхування або про дострокове припинення його дії, якщо інше не передбачено договором страхування.

10.7. У разі збільшення ступеню страхового ризику та внесення змін в договір страхування, Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу. Якщо у разі зміни ступеню страхового ризику Страхувальник не сплатив або неповністю сплатив додатковий страховий платіж протягом 10 (десяти) календарних днів (якщо інше не передбачено умовами договору страхування) з дати отримання вимоги Страховика про оплату додаткового платежу, договір страхування достроково припиняє свою дію на підставі невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до другої частини п. 7.9 цих Правил.

10.8. Якщо ступінь ризику підвищиться, а Страхувальник не сповістить про це Страховика у строк, визначений цими Правилами та/або договором страхування, і таке підвищення ступеню ризику призведе до настання страхового випадку або збільшення розміру збитку, то Страховик має право відмовити у страховій виплаті по такому страховому випадку або відповідно зменшити розмір страхової виплати на власний розсуд.

11. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

11.1. Сторони зобов'язані дотримуватись умов договору страхування та цих Правил.

11.2. Страхувальник має право:

11.2.1. Укласти зі Страховиком договір свого особистого страхування та/або договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

11.2.2. Призначати в договорі страхування фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів), які можуть зазнати збитків внаслідок настання страхового випадку для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.2.3. На зміну умов договору страхування та на дострокове припинення дії договору страхування на умовах, передбачених цими Правилами та/або договором страхування.

11.2.4. У випадку втрати договору страхування у період його дії звернутися до Страховика з письмовою заявою на видачу його дубліката.

11.2.5. Отримати страхову виплату при настанні страхового випадку на умовах цих Правил та/або договору страхування.

11.2.6. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у здійсненні страхової виплати та/або її розмір.

11.3. Страхувальник зобов'язаний:

11.3.1. Своєчасно вносити страхові платежі. При настанні страхового випадку та сплаті страхових платежів частинами, якщо інше не передбачено договором страхування, сплатити залишок страхового платежу.

11.3.2. При укладенні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору.

11.3.3. При укладанні договору страхування надати необхідну достовірну 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.

11.3.4. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

11.3.5. Повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

11.3.6. Проінформувати Застраховану особу про умови договору страхування, а також про дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

11.3.7. При зміні ступеня ризику або інших істотних обставин щодо об'єкта страхування, при виявленні будь-яких обставин, що призвели чи можуть призвести до настання страхового випадку, протягом 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не обумовлено договором страхування, письмово сповістити про них Страховика.

11.3.8. Вживати усіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком, з метою запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком та для запобігання збільшення ступеня ризику.

11.3.9. При настанні події, що може бути визнана страховим випадком діяти відповідно до Розділу 12 цих Правил, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.3.10. Дотримуватись конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею, стороннім особам.

11.3.11. Повернути страхову виплату, що вже отримана Страхувальником, при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, цими Правилами та/або договором страхування, що позбавляють Страхувальника права на отримання страхової виплати, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або договором страхування.

11.4. Страховик має право:

11.4.1. Перевіряти достовірність наданих йому Страхувальником відомостей, вимагати додаткові документи, що мають значення для визначення ступеня ризику, а також перевіряти документацію Страхувальника в частині, що стосується договору страхування у будь-який момент строку його дії.

11.4.2. Вимагати надання Застрахованою особою інформації про здоров'я та проведення медичного огляду Застрахованої особи перед укладанням договору страхування та/або протягом його дії.

11.4.3. На зміну умов договору страхування та на дострокове припинення дії договору страхування на умовах, передбачених цими Правилами та/або договором страхування.

11.4.4. У випадку підвищення ступеня ризику щодо об'єкту страхування запропонувати Страхувальнику внести зміни до договору страхування, включаючи сплату додаткового страхового платежу або припинити дію договору страхування після відмови Страхувальника на умовах, передбачених цими Правилами та/або договором страхування.

11.4.5. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин страхового випадку або розміру страхової виплати, не чекаючи повідомлення Страхувальника про настання події, що може бути визнана страховим випадком.

11.4.6. Робити запити у компетентні органи для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт та причини настання страхового випадку.

11.4.7. При здійсненні страхової виплати за договором страхування зі сплатою страхового платежу частинами утримати частку у розмірі несплаченого страхового платежу за весь строк дії договору в рахунок сплати несплачених Страхувальником частин страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

11.4.8. Відмовити у здійсненні страхової виплати або відстрочити її виплату у випадках, передбачених цими Правилами та/або договором страхування.

11.4.9. Вимагати повернення страхової виплати, що вже здійснена Страхувальнику при виникненні відповідних обставин, передбачених чинним законодавством України, умовами цих Правил та/або договором страхування.

11.4.10. Вимагати визнання договору страхування недійсним, повністю або частково відмовити у страховій виплаті, якщо Страхувальник не виконав своїх обов'язків за договором страхування, надав фальсифіковані документи, невірну інформацію та приховав відомості або заподіяв навмисні дії з метою збільшення збитку, або необґрунтованого збільшення розміру страхової виплати.

11.5. Страховик зобов'язаний:

11.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

11.5.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику.

11.5.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором страхування строк. У випадку несвоєчасного здійснення страхової виплати сплатити Страхувальнику пеню в розмірі 0,1% простроченого платежу за кожний день прострочення, але не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення платежу, якщо інше не обумовлено договором страхування.

11.5.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами договору страхування.

11.5.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти зі Страхувальником договір страхування.

11.5.6. При одержанні повідомлення від Страхувальника про збільшення ступеня ризику або зміну інших суттєвих обставин щодо об'єкту страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів внести зміни до договору страхування або припинити його дію, письмово сповістивши про це Страхувальника, у порядку, передбаченому цими Правилами, якщо інше не передбачено договором страхування.

11.5.7. У випадку відмови у страховій виплаті письмово сповістити Страхувальника з мотивованим обґрунтуванням причин відмови.

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

11.5.9. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, якщо він підписав договір страхування) та/або Страховика.

12. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. У разі настання передбаченої договором страхування події, яка може бути визнана страховим випадком, якщо інше не передбачено договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

12.1.1. негайно звернутися за медико-санітарною допомогою до медичного закладу.

12.1.2. Виконувати призначення лікаря, докладати всіх зусиль для зведення наслідків страхового випадку до мінімуму, вживати усіх можливих заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків.

12.1.3. Негайно, але в будь-якому разі не пізніше 48 годин, якщо інший строк не передбачений договором страхування, інформувати Страховика або його представника про факт та обставини події, яка може бути визнана страховим випадком, отримати та виконувати його рекомендації щодо своїх подальших дій.

Якщо таке повідомлення було здійснено по телефону, Страхувальник (Вигодонабувач) повинен протягом 72 годин з моменту його здійснення підтвердити таке повідомлення письмово.

У випадку, коли з об'єктивних причин неможливо було повідомити про настання страхового випадку в визначений договором строк, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний повідомити Страховика протягом 48 годин, як тільки в нього з'явиться можливість це зробити, якщо інше не передбачено договором страхування.

12.1.4. Надати Страховику або його представникам можливість проводити розслідування обставин та причин події, яка може бути визнана страховим випадком, та встановити розмір страхової виплати, брати участь у заходах щодо зменшення збитку.

12.1.5. Повідомити (надати) Страховику всю інформацію, яка має відношення до цього страхового випадку, вжити заходів до збору і передачі Страховику всіх необхідних документів для прийняття рішення про страхову виплату та її розмір.

12.1.6. Повідомити Страховика протягом 48 годин, якщо інший строк не передбачений договором страхування, про погіршення стану здоров'я або смерть Застрахованої особи, якщо до цього було повідомлено тільки про втрату працездатності або розлад здоров'я.

12.1.7. Попередити працівників медичної установи (лікаря) про факт страхування, та можливість звернення Страховика із запитом для отримання додаткової інформації необхідної для з'ясування обставин та причин страхового випадку.

12.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника при настанні страхового випадку.

13. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО

ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

13.1. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) повинен протягом 60 (шістдесяти) календарних днів з дня настання страхового випадку (якщо інше не передбачено договором страхування) надати Страховику оригінали чи відповідним чином засвідчені копії наступних документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, його причини та розмір збитку:

13.1.1. Письмову заяву на страхову виплату.

13.1.2. Оригінал договору страхування, що належить Страхувальнику.

13.1.3. Виписку з карти амбулаторного або стаціонарного хворого, засвідчену підписом відповідальної особи та печаткою лікувальної установи із зазначеним діагнозом;

13.2. У випадку тимчасового розладу здоров'я Застрахованої особи (тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи, стаціонарного лікування, хірургічного втручання)-листок або довідку про непрацездатність.

13.2.1. У випадку встановлення інвалідності Застрахованої особи (в тому числі, зміни групи інвалідності на вищу):

а) довідку медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності (для дітей – висновок ЛКК при стійкому розладі здоров'я);

б) довідку компетентних органів про причину встановлення інвалідності.

13.2.2. У випадку смерті (загибелі) Застрахованої особи:

а) оригінал або нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть;

б) матеріали компетентних органів щодо розслідування причин смерті;

г) оригінал документу, що засвідчує право на спадщину особи, яка звернулася за страховою виплатою (якщо у договорі страхування не зазначений Вигодонабувач).

13.2.3. Інші документи або відомості на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розміру збитків. В цьому випадку, Страховик має право продовжити строк надання таких документів, якщо інше не передбачено договором страхування.

13.3. Умовами Договору може бути передбачено інший перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку.

13.4. Неподання таких документів дає Страховику право відмовити у страховій виплаті або відстрочити її виплату в частині збитку, що не підтверджена такими документами.

13.5. Документи, які подаються для отримання страхової виплати, повинні бути достовірні, подані в обсязі, якого вимагає Страховик, оформлені та засвідчені належним чином.

13.6. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик приймає рішення про необхідність надання Страхувальником документів, визначених п. 13.1 цих Правил.

14. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

14.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені причини та розміри збитку. Страхова виплата здійснюється згідно з договором страхування на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) та страхового акта, складеного Страховиком або уповноваженою ним особою.

14.2. Протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів та відомостей про обставини настання страхового випадку відповідно до Розділу 13 цих Правил, якщо інший строк не передбачений договором страхування, Страховик приймає рішення про страхову виплату або про відмову у виплаті та складає відповідний страховий акт.

14.3. У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати вона здійснюється Страхувальнику (Вигодонабувачу) впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня складання страхового акта, якщо інший строк не передбачений договором страхування.

14.4. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення повідомляє про це Страхувальника (Вигодонабувача) в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

14.5. У випадку виникнення спорів між сторонами щодо причин та розмірів збитків кожна із сторін має право вимагати проведення незалежної експертизи, яка проводиться за рахунок

сторони, яка вимагає проведення такої експертизи.

14.6. Страховик має право відстрочити страхову виплату у випадку:

14.6.1. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником відомостей та документів. Строк прийняття рішення про визнання випадку страховим продовжується на період збирання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів та відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір збитків (відповідно до Розділу 13 цих Правил).

14.6.2. Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини та розмір спричинених збитків. В цьому випадку з метою встановлення обставин, причин та розміру збитків Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку виконує незалежний фахівець (експерт), який має, відповідно до чинного законодавства України, належні повноваження. Страховий акт складається Страховиком не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання Страховиком остаточних результатів такого розслідування або експертизи, але не пізніше, ніж через 90 (дев'яносто) календарних днів з дня отримання всіх необхідних документів та відомостей про обставини настання страхового випадку та розмір збитків (відповідно до Розділу 13 цих Правил).

14.6.3. Якщо щодо Страхувальника або Застрахованої особи за цим страховим випадком порушена кримінальна справа - до закінчення провадження у справі.

14.7. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за один або декілька страхових випадків, що сталися в період дії договору страхування, не може перевищувати страхової суми, визначеної договором страхування.

Якщо загальна сума виплат за страховими випадками досягла страхової суми, то дія договору страхування по відношенню до такої Застрахованої особи припиняється.

14.8. Якщо у договорі страхування передбачені страхові суми (ліміти відповідальності) по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, то Страховик здійснює страхову виплату в межах цих встановлених страхових сум (лімітів відповідальності).

14.9. Умовами договору страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) шляхом оплати наданої Застрахованій особі у зв'язку з захворюванням та /або виникненням необхідності у відновлюваній терапії (реабілітації), медико-санітарної допомоги, санаторно-курортного лікування, на рахунок лікувального, санаторно-оздоровчого закладу за письмовим розпорядженням Застрахованої особи. В окремих випадках, з метою запобігання смерті або незворотних наслідків для здоров'я Застрахованої особи внаслідок захворювання, Страховик може провести авансову виплату частини страхової суми на підставі попередніх розрахунків у розмірі до 50% від суми, належної до виплати.

14.10. Якщо інше не передбачено договором страхування, при настанні страхового випадку розмір страхової виплати визначається наступним чином:

14.10.1. У випадку смерті (загибелі) Застрахованої особи внаслідок первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби - 100% страхової суми.

14.10.2. У випадку встановлення інвалідності (в тому числі, зміни групи інвалідності на вищу) Застрахованої особи внаслідок первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби:

- III групи – 30 – 100 % страхової суми;
- II групи -50 – 100% страхової суми;
- I групи – 70 – 100% страхової суми.

Конкретний розмір страхової виплати у випадку встановлення Застрахованій особі групи інвалідності встановлюється за згодою сторін при укладанні договору страхування та зазначається у ньому.

14.10.3. У випадку тимчасового розладу здоров'я Застрахованої особи (тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи, стаціонарного лікування, хірургічного втручання внаслідок первинного гострого захворювання, загострення хронічної хвороби) - розмір страхової виплати визначається:

14.10.3.1. у фіксованому відсотку страхової суми за фактом гострої хвороби, загострення хронічної хвороби з групи хвороб (нозологічних одиниць) відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду;

та/або

14.10.3.2. у відсотках від страхової суми за кожен день консервативного (амбулаторного та/або стаціонарного) та/або хірургічного (амбулаторного та/або стаціонарного) лікування за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладенні Договору (але не більше 50% страхової суми, якщо інший відсоток не визначений у Договорі), при цьому Договором, може бути передбачена умова здійснення страхової виплати починаючи з визначеного в Договорі дня лікування та максимально допустимої кількості днів непрацездатності Застрахованої особи.

Конкретний розмір страхової виплати у випадку тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи встановлюється за згодою сторін при укладанні договору страхування та зазначається у ньому.

14.11. Якщо у випадку тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи (Страхувальнику) була проведена страхова виплата, а в подальшому за наслідками цього ж страхового випадку Застрахованої особі була встановлена інвалідність (в т.ч. зміна групи інвалідності на вищу) або настала смерть Застрахованої особи, страхова виплата проводиться в розмірі, передбаченому п. 14.10.2 або п. 14.10.1 цих Правил за вирахуванням раніше проведеної страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

14.12. Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач зобов'язаний повернути протягом 5 (п'яти) робочих днів Страховику отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, що за законом, цими Правилами та/або умовами договору страхування повністю або частково позбавляє Страхувальника або Вигодонабувача права на страхову виплату.

15. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

15.1. Підставами для відмови Страховика у страховій виплаті є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин) або Вигодонабувача, 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 та вищезгаданих осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

15.1.2. Вчинення Страхувальником, Застрахованою особою, членами їх родин або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

15.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування, ступінь страхового ризику, факт настання страхового випадку або приховування таких відомостей.

15.1.4. Шахрайство або інші дії Страхувальника, Застрахованої особи (членів їх родин), направлені на отримання незаконної вигоди від страхування.

15.1.5. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у з'ясуванні обставин настання страхового випадку, у визначенні характеру та розміру збитків.

15.1.6. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником Страховика про підвищення ступеню ризику.

15.1.7. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) будь-якого із зобов'язань, що вказані у договорі страхування.

15.1.8. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, зазначених у Розділі 13 цих Правил та/або у договорі страхування.

15.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

15.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у страховій виплаті, якщо вони не суперечать чинному законодавству України.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори, пов'язані зі страхуванням за цими Правилами, вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак, за згодою сторін до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України.

Додаток 1

до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби

1. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ З ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

Таблиця 1

№ з/п	Страховий ризик (група хвороб)	Страховий тариф, %
1	Інфекційні та паразитарні хвороби	0,53
2	Новоутворення	0,85
3	Хвороби ендокринної системи	0,92
4	Хвороби крові, кровотворних органів	0,62
5	Ревматизм та системні хвороби сполучної тканини	0,73
6	Хвороби системи кровообігу	1,0
7	Хвороби нервової системи	0,9
8	Хвороби органів дихання	1,18
9	Хвороби органів травлення	1,0
10	Хвороби сечостатевої системи	0,92
11	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	0,51
12	Хвороби кістково-м'язової системи	0,7
13	Хвороби органів зору	0,65
14	Хвороби ЛОР	0,9
15	Стоматологічні хвороби	0,52
16	Хвороби вагітності, пологів, післяпологового періоду	0,6
17	Травми, отруєння	0,7

Зауваження. У кожному окремому випадку укладення Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби залежно від хвороби, на випадок настання якої здійснюється страхування, страховий тариф щодо окремої хвороби зі складу зазначених груп страхових ризиків визначається виходячи з розміру базового річного страхового тарифу за групою страхових ризиків із застосуванням коефіцієнту від 0,01 до 0,99.

2. МЕТОДИКА РОЗРАХУНКУ СТРАХОВОГО ПЛАТЕЖУ, ЗНИЖУВАЛЬНІ ТА ПІДВИЩУВАЛЬНІ КОЕФІЦІЄНТИ

2.1. Страховий платіж розраховується за формулою:

$$P = S * R * K1 * K2 * K3 * K4 * \dots * Kn, \text{ де}$$

P – сума страхового платежу;

S – страхова сума;

R – базовий страховий тариф, %;

K1-Kn – знижувальні та / або підвищувальні коефіцієнти.

2.2. K1 – коефіцієнт, який враховує критерій стану здоров'я Застрахованої особи:

Таблиця 2

Група	Критерії	Характеристика	Коефіцієнт
I	Здорові	Особи, що не мають у анамнезі хронічних хвороб або порушень функції окремих органів та систем. При обстежені у них не знайдено відхилень від норми.	0.9
II	Практично Здорові	Особи, які в анамнезі мають гостру або хронічну хворобу, яка не впливає на	1,0

		функції життєво важливих органів і на працездатність.	
III	Хворі з компенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з компенсованим перебігом хвороби, нетривалими втратами працездатності;	1,2
IV	Хворі з субкомпенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з субкомпенсованим перебігом, частими загостреннями та тривалими втратами працездатності	1,7
V	Хворі з некомпенсованим станом	Особи хворі на хронічні хвороби з стійкими патологічними змінами, що призводять до інвалідності.	2,5

2.3. K2 – коефіцієнт, що враховує термін дії Договору добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби:

Таблиця 3

Строк страхування (місяці)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт	0,25	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

2.4. K3 – коефіцієнт, що враховує умови сплати страхової премії:


Таблиця 4

Умова	Коефіцієнт
Одноразова сплата страхової премії	0,90

Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають ступінь страхового ризику (категорія медичних закладів, стан здоров'я особи, що страхується, умови праці, наявність шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем тощо), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,01 до 10,0) та понижуючих (від 0,99 до 0,01) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий бруто-тариф).

3. НОРМАТИВНІ ВИТРАТИ НА ВЕДЕННЯ СПРАВИ

Нормативні витрати на ведення справи за Договором добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби встановлено в розмірі 40% (сорока відсотків) від отриманого страхового платежу.

Актуарій  / Каргашов Ю.М. (свідоцтво №03-007 від 06.12.2012)

ДЕРЖАВНЕ
Підпис: *О. П. Коріненко*
Дата: 16.10.14
0414400



У цьому документі прошнуровано,
вдрукеровано та скріплено печаткою
19 аркушів
О.П. Коріненко