

**ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СПЕЙР»**

« ЗАТВЕРДЖЕНО »
Загальними зборами учасників
Протокол №16 від 01.12.2016 року
Голова зборів
_____ / **Левчук С.А.**



**ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)**

м. Київ, 2016р.

ЗМІСТ

1. Загальні положення.....	3
2. Предмет договору страхування.....	4
3. Порядок визначення страхових сум.....	4
4. Страхові ризики. Страхові випадки.....	4
5. Виключення із страхових випадків	5
6. Термін та місце дії договору страхування.....	6
7. Порядок укладання договору страхування.....	7
8. Страховий тариф, страховий платіж та термін його сплати.....	9
9. Умови припинення дії договору страхування.....	9
10. Права та обов'язки сторін.....	10
11. Дії страхувальника (застрахованої особи) при настанні страхового випадку.....	13
12. Перелік документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір страхової виплати.....	13
13. Порядок і умови здійснення страхових виплат.....	13
14. Причини відмови у виплаті страхових відшкодувань.....	14
15. Порядок вирішення спорів.....	15
16. Особливі умови.....	16
Додаток 1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).....	17
Додаток 2 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).....	19
Додаток 3 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).....	21

ПРАВИЛА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Основні терміни використані в Правилах страхування в наступному тлумаченні:

Асистанська компанія - сервісна організація, яка забезпечує надання послуг застрахованій особі відповідно до договору страхування і в його межах, яка має із Страховиком договір про співпрацю.

Договір страхування - договір добровільного медичного страхування, укладений в письмовій формі між Страховиком та Страхувальником на підставі чинного законодавства та Правил страхування. За договором страхування Страховик приймає на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати вартості медичної допомоги, що передбачена договором страхування і фактично надана Застрахованій особі медичним закладом, в межах обраної Страхувальником базової програми медичного страхування та страхової суми, зазначеної в договорі страхування. Одночасно Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі та виконувати інші умови договору страхування.

Застрахована особа - фізична особа, на користь якої укладено договір страхування, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування. У випадку, коли Страхувальник - фізична особа уклав договір про страхування власного здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

Медичні заклади - підприємства, установи та організації, які мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я.

Медична допомога - комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників. Під медичними послугами розуміється сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій медичного робітника, а також маніпуляцій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення.

Страховий платіж (страхова премія) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику в порядку і у термін, встановлені договором страхування.

Страхова сума - визначена договором страхування грошова сума, у межах якої Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату Застрахованій особі при настанні страхового випадку і виходячи з якої визначається розмір страхової премії.

Страхова виплата - грошова сума, яку Страховик відповідно до договору страхування повинен виплатити при настанні страхового випадку. Страхова виплата здійснюється Страховиком в формі оплати медичної допомоги, що надана медичним закладом Застрахованій особі за індивідуальним договором страхування.

Страховий випадок - подія, передбачена договором страхування, що відбулася після набуття чинності договором страхування, із настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини (страхову виплату) Страхувальнику (Застрахованій особі).

Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) - форма договору страхування. Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (Застрахованої особи) і засвідчується печаткою Страховика.

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

Страховик – юридична особа, що приймає на себе зобов'язання за певну винагороду (страхову премію) виплатити страхову суму (її сатину) Застрахованій особі (Страхувальнику або вигодонабувачу) у разі настання страхового випадку шляхом оплати медичних послуг, медикаментів тощо. В цих Правилах – ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «СПЕЙР».

Страхувальник – це юридична або фізична особа, яка має статус громадянина України/іноземного громадянина/біженця/особи без громадянства, що постійно проживає в Україні/ та укладає договір страхування із Страховиком.

До такої категорії осіб як іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України відповідно до Правил добровільного медичного страхування додатково застосовуються особливі умови страхування у вигляді надання екстреної медичної допомоги.

1.2. Відповідно до чинного законодавства України і на підставі цих «Правил медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» (далі в тексті - «Правила страхування») Страховик здійснює медичне страхування шляхом укладання договорів страхування з юридичними особами або дієздатними фізичними особами (далі в тексті - «Страхувальник»).

1.3. Страховик гарантує Страхувальнику повну або часткову оплату медичних послуг певного переліку і якості, які надаються Застрахованій особі медичними закладами, а також сервісними організаціями, які забезпечують надання асистанських послуг, у відповідності до обраної Страхувальником (Застрахованою особою) базової програми добровільного медичного страхування, умов конкретного договору страхування та в межах страхової суми.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, які не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ

3.1. Страхова сума та умови страхування узгоджуються Страховиком та Страхувальником індивідуально при укладенні договору страхування на підставі чинного законодавства та Правил страхування.

3.2. Розмір страхової суми залежить від видів, обсягу та вартості медичної допомоги, яка може бути надана Застрахованій особі при настанні страхового випадку за укладеним договором страхування.

3.3. У договорі страхування може бути передбачений ліміт відповідальності Страховика по окремим видам медичної допомоги (послуг).

3.4. Якщо інше не обумовлено Договором страхування, страхова сума встановлюється Страхувальником за погодженням із страховиком в національній валюті України.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховими ризиками за цими Правилами є зміни здоров'я застрахованої особи, у тому числі розлади здоров'я внаслідок нещасного випадку, зміни фізіологічного стану, які сталися під час дії договору страхування.

4.2. Страховим випадком, для громадян України, є звернення застрахованої особи під час дії договору страхування до медичного закладу, у випадках, передбачених договором страхування, які пов'язані зі змінами стану здоров'я застрахованої особи, з метою одержання медичної допомоги (медичної послуги) у межах їх переліку (згідно програми медичного страхування), передбаченого договором страхування

4.3. Страховим випадком для іноземців або осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України є гостре захворювання чи загострення хронічного захворювання, травма отруєння чи інші гострі порушення стану здоров'я, що потребують виклику бригади швидкої медичної допомоги та/або вимагають невідкладної госпіталізації (Додаток № 2 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

4.4. Страхування за цими Правилами страхування передбачає оплату вартості одержаної Застрахованою особою:

- медичної допомоги відповідно до базових програм медичного страхування;
- для іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України надання екстреної медичної допомоги:
 - виїзд бригади швидкої медичної допомоги;
 - проведення на місці діагностичних та лікувальних заходів;
 - транспортування в стаціонар за показаннями;
 - стаціонарне лікування.
- або відповідно до додатково розроблених програм.

4.5. Договором страхування за угодою сторін може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за медичною допомогою як у разі будь якої хвороби, так і у разі окремих видів хвороб, або у разі тільки однієї з переліку, зазначеного у договорі страхування.

4.6. Договором страхування за угодою сторін може бути передбачено страхування на випадок звернення Застрахованої особи за всіма видами медичної допомоги, передбаченими відповідною базовою програмою медичного страхування, так і окремих видів медичної допомоги з переліку, зазначеного у обраній базовій програмі медичного страхування.

4.7. Страховик гарантує Застрахованій особі оплату вартості наданої медичної допомоги медичними закладами, відповідно до умов, обраних Страхувальником при укладанні договору страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховими випадками не вважаються звернення Застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку із:

5.1.1) одержанням медичної допомоги, що не передбачена договором та/або програмою страхування;

5.1.2) захворюванням або одержанням травми під час або внаслідок перебування Застрахованої особи у стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, а також подальшим ускладненням такого захворювання або травми;

5.1.3) захворюванням або травмою, що сталися внаслідок скоєння Застрахованою особою умисного злочину;

5.1.4) замахом на самогубство, за винятком випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.5) навмисним заподіянням собі тілесних пошкоджень;

5.1.6) участю у будь-яких воєнних діях, громадських заворушеннях, несанкціонованих мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано із виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;

5.1.7) одержанням травми внаслідок участі Застрахованої особи у спортивних змаганнях (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.1.8) захворюванням, пов'язаним із алкоголізмом, наркоманією або токсикоманією, на яку страждає Застрахована особа, незалежно від термінів виявлення останньої;

5.1.9) вродженими аномаліями або вадами розвитку (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.1.10) захворюванням, пов'язаним з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, незалежно від строків та обсягів проведення комплексу карантинних заходів державними санітарно-епідеміологічними закладами (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.1.11) захворюванням, яке потребує медичної допомоги в медичних закладах закритого типу (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.1.12) захворюванням на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, які зареєстровані медичними закладами протягом першого місяця після набуття чинності договором страхування (якщо інше не передбачено договором страхування);

5.1.13) будь-яким венеричним захворюванням або захворюванням на СНІД незалежно від термінів їх виявлення (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.1.14) психічним захворюванням та розладам психічного стану та розладам здоров'я (травми), заподіяним собі застрахованою особою у стані психічного захворювання або розладу психічного стану.

5.2. Страховим випадком також не вважається одержання Застрахованою особою медичної допомоги, не передбаченої договором страхування.

5.3. До суми страхової виплати не включається оплата наступних витрат:

5.3.1) вартість допоміжних засобів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, колясок тощо), їх ремонту або прокату;

5.3.2) вартість медичної допомоги, пов'язаної із лікуванням гострих захворювань, на які Застрахована особа страждала на момент укладення договору страхування (якщо інше не передбачено умовами договору страхування);

5.3.3) вартість медичної допомоги, пов'язаної із загостренням хронічної хвороби, якщо загострення почалося до набуття чинності договором страхування (крім випадків лікування невідкладних станів);

5.3.4) вартість медичної допомоги, що не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем;

5.3.5) витрати на медичну допомогу, загальна вартість якої не перевищує розміру встановленої договором страхування франшизи.

5.4. Окремі положення, зазначені у п.п.5.1 – 5.3 цих Правил, можуть бути передбачені у договорі страхування як страхові випадки при умові сплати Страхувальником додаткового страхового платежу. Крім того, Страховик може додавати інші виключення із страхових випадків у кожному договорі страхування.

5.5. Не можуть бути Застрахованими особами (якщо інше не передбачено договором страхування):

5.5.1) особи у віці молодше 1 (Одного) року і старіші за 70 (Сімдесят) років;

5.5.2) особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкіро-венерологічних диспансерах;

5.5.3) інваліди 1 (Першої) групи;

5.5.4) особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані.

5.6. Договори страхування, укладені щодо осіб, перелічених в пункті 5.5 правил, визнаються недійсними з моменту їх укладання у встановленому законодавством України порядку.

5.7. У разі незгоди Застрахованої особи з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулася, страховим випадком або про відмову оплатити вартість медичної допомоги, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

6. ТЕРМІН ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається терміном від 1 дня до 1 (одного) року, якщо інше не передбачено умовами договору.

6.2. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачене договором страхування.

Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинність при безготівковому перерахуванні страхового платежу - в 00 годин 00 хвилин календарної дати, наступної за датою надходження страхового платежу (його першої частини) на поточний рахунок Страховика.

Моментом внесення страхового платежу (його частини) при його сплаті готівкою вважається момент прийому страхового платежу (його першої частини) в касу Страховика.

6.3. Умови страхування, обумовлені договором страхування, поширюється на страхові випадки, що можуть мати місце після набуття чинності договором страхування, якщо інший (пізніший) початок періоду страхування не встановлений договором страхування.

6.4. Укладені договори страхування діють тільки на території України, якщо інше не передбачено умовами конкретного договору.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Підставою для укладання договору страхування із Страхувальником є письмова заява Страхувальника, складена за формою, встановленою Страховиком, у якій повинні бути зазначені:

7.1.1) прізвище, ім'я, по батькові або назва Страхувальника, його адреса;

7.1.2) бажані умови договору страхування, в тому числі особливі умови;

7.1.3) термін дії договору страхування;

7.1.4) інші відомості, що мають значення для укладення договору страхування.

Страхувальник може також іншим чином заявити про намір укласти Договір страхування.

7.2. У випадках, якщо Страхувальник є юридичною особою; Страхувальник - фізична особа і не є Застрахованою особою; Страхувальник - фізична особа є однією із кількох Застрахованих осіб, до заяви Страхувальника повинен бути доданий список Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, імені, по-батькові, статі, місяця і року народження, місця проживання кожної Застрахованої особи.

7.3. Страхувальник має право укласти договір про страхування третьої особи лише за її згодою.

При укладенні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника (якщо він є юридичною особою) баланс або довідку про фінансовий стан, підтвержені аудитором (аудиторською фірмою). Також Страховик має право для укладення договору страхування запросити відомості про стан здоров'я особи, яка має бути застрахованою, або вимагати її попереднього медичного огляду.

7.4. Страховик приймає рішення про укладання договору страхування протягом 10 (десяти) робочих днів після надходження письмової заяви Страхувальника.

7.5. Договір страхування укладається у двох примірниках. Кожний примірник договору має однакову юридичну силу і зберігається у Страховика і Страхувальника. Договір страхування скріплюється підписами Страховика, Страхувальника (їх представників) і засвідчується печаткою Страховика, а також Страхувальника (якщо він є юридичною особою).

7.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші умови, які відповідають цим Правилам та не суперечать чинному законодавству України.

7.7. Після набуття чинності договором страхування Страховик може видавати Страхувальнику договори страхування (страхові поліси, страхові свідоцтва, сертифікати) на ім'я кожної Застрахованої особи, що підтверджують наявність та обсяг прав та обов'язків Застрахованих осіб за таким договором страхування.

7.8. Забороняється передавати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) іншим особам з метою реалізації ними будь-яких прав за договором страхування. В

протилежному випадку страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) у Застрахованої особи вилучається, а дія договору страхування щодо відповідної Застрахованої особи припиняється.

7.9. В разі втрати страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифіката) Страхувальник (Застрахована особа) повинен не пізніше 24 годин письмово сповістити про це Страховика. Втрачений страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) вважається анульованим і не може бути підставою для оплати вартості одержаних медичних послуг, а замість нього на ім'я відповідної Застрахованої особи видається дублікат страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату). При цьому, Страховик вправі до видачі дублікату страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату) вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) відшкодування вартості виготовлення страхового полісу (страхового свідоцтва, сертифікату).

7.10. Зміни або доповнення умов договору страхування здійснюються за взаємною угодою Страхувальника і Страховика на підставі заяви однієї із сторін договору і оформлюються письмово шляхом складання додаткової угоди до договору страхування, що містить нові умови договору і є невід'ємною частиною договору страхування. В разі реорганізації Страхувальника, виділення з його складу обособлених структурних підрозділів у договір страхування можуть бути внесені зміни за згодою Страховика і Страхувальника шляхом підписання додаткової угоди.

7.12. У випадку збільшення кількості Застрахованих осіб, Страхувальник після внесення відповідних змін до договору страхування сплачує за нових Застрахованих осіб страховий платіж, розрахований Страховиком виходячи із періоду часу, що фактично залишився до закінчення строку дії договору страхування. На ім'я нових Застрахованих осіб Страховик у відповідності до Правил страхування видає страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).

7.13. У випадку зменшення кількості Застрахованих осіб (при наявності письмової згоди на це Застрахованих осіб, що виключаються із списку), або за бажанням Страхувальника у разі припинення трудових відносин з застрахованими працівниками, Страховик після внесення відповідних змін до договору страхування повертає Страхувальнику страховий платіж, фактично сплачений за виключених Застрахованих осіб, за вирахуванням:

7.13.1. нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;

7.13.1. фактичних страхових виплат, що були здійснені за таким договором страхування виключеним Застрахованим особам до моменту їх виключення із договору страхування.

7.14. Страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати), раніше видані на ім'я виключених із договору Застрахованих осіб, повинні бути повернуті Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважаються анульованими і не можуть бути підставою для оплати вартості одержаної медичної допомоги.

7.15. Заміна Застрахованої особи, зазначеної в договорі страхування, іншою Застрахованою особою може бути зроблена за ініціативою Страхувальника (при наявності письмової згоди на це вибуваючої Застрахованої особи) по погодженню із Страховиком шляхом внесення змін до договору страхування.

Страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат), раніше виданий на ім'я вибуваючої Застрахованої особи, повинен бути повернутий Страховику до укладення відповідної додаткової угоди і після набуття такою угодою чинності вважається анульованим і не може бути підставою для оплати медичних послуг. Замість нього на ім'я нової Застрахованої особи видається новий страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат).

7.16. Якщо зміни, внесені до договору страхування, потребують внесення до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів), що раніше були видані на ім'я

Застрахованих осіб, будь-яких змін або доповнень, не пов'язаних із персональними відомостями про Застрахованих осіб, Страховик у відповідності до Правил страхування видає на ім'я тих самих Застрахованих осіб додаткові угоди до страхових полісів (страхових свідоцтв, сертифікатів) із зазначенням змін, що внесені до договору страхування.

7.17 Страхувальник зобов'язаний не пізніше 24 годин інформувати Страховика про обставини, що впливають на збільшення страхового ризику. Страховик має право вимагати зміни умов договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно ступеню збільшення ризику. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов договору страхування або сплати додаткової страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору відповідно до чинного законодавства України. Страховик не вправі вимагати дострокового припинення дії договору страхування після того, як обставини, що спричинили збільшення страхового ризику, припинилися.

8. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ТЕРМІН ЙОГО СПЛАТИ

8.1. Страховий платіж, що повинен бути сплачений Страхувальником за договором страхування, встановлюється Страховиком в залежності від умов конкретного договору страхування на підставі базових страхових тарифів.

Базові страхові тарифи наведені в Додатку №1 та Додатку №3 до цих Правил страхування.

8.2. Страховик при визначенні розміру страхового платежу, що підлягає сплаті за договором страхування, має право застосовувати понижуючі або підвищуючі коефіцієнти до базових страхових тарифів в залежності від:

8.2.1) стану здоров'я Застрахованої особи (з урахуванням результатів її попереднього медичного огляду);

8.2.2) віку і статі Застрахованої особи;

8.2.3) обраної Страхувальником базової програми медичного страхування;

8.2.4) конкретного переліку видів медичної допомоги;

8.2.5) інших чинників страхового ризику (умов праці, умов життя, наявність шкідливих звичок і таке інше);

8.2.6) рівня медичної допомоги.

8.3. Страховий платіж сплачується Страхувальником повністю одноразово, якщо інше не передбачено умовами договору страхування. При укладанні договору страхування сторони можуть обумовити порядок сплати страхового платежу частинами.

8.4. При страхуванні на термін менше одного року страховий платіж сплачується в розмірах та на умовах визначених в Додатку №1 до цих Правил страхування. При цьому страховий платіж за неповний місяць сплачується як за повний.

Конкретний порядок і строки сплати страхових платежів визначаються Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та можуть бути змінені за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

8.5. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником:

8.5.1) в безготівковій формі на поточний рахунок Страховика;

8.5.2) готівкою – до каси Страховика.

Конкретна форма сплати страхового платежу визначається Страхувальником та Страховиком при укладанні договору страхування та може бути змінена за згодою сторін протягом строку дії договору страхування.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

9.1.1) закінчення терміну дії договору страхування;

9.1.2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованими особами) у повному обсязі;

9.1.3) несплати Страхувальником страхових платежів у терміни, встановлені договором страхування. При цьому договір страхування вважається достроково припиненим

у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж (його частина) не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (Десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування;

9.1.4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи, смерті Страхувальника - фізичної особи (Застрахованої особи) або втрати дієздатності Страхувальником - фізичною особою до моменту переходу до Застрахованої особи прав і обов'язків за договором страхування (за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України);

9.1.5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

9.1.6) винесення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

9.1.7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

9.2. 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 не пізніше як за 30 (Тридцять) днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

9.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням:

9.3.1) нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;

9.3.2) фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

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

9.4. 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 час дії договору з вирахуванням:

9.4.1) нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу;

9.4.2) фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором страхування.

9.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.

9.6. В усіх випадках припинення дії договору страхування Страховику повинні бути повернуті страхові поліси (страхові свідоцтва, сертифікати).

9.7. У разі припинення дії договору страхування в зв'язку із виконанням Страховиком взятих зобов'язань у повному обсязі страхові внески не повертаються.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Наведені у Правилах страхування переліки прав та обов'язків Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи не є вичерпними. Договором страхування можуть бути встановлені інші (окрім наведених) права та обов'язки Страховика, Страхувальника або Застрахованої особи, які прямо не передбачені нормами чинного законодавства України або Правил страхування, але не суперечать їм або прямо не заборонені ними.

10.2. Страхувальник має право:

10.2.1) перевіряти виконання Страховиком додержання умов договору страхування, в тому числі запросити у Страховика інформацію, що стосується його фінансової стійкості і не є комерційною таємницею;

10.2.2) вимагати від Страховика оплати вартості медичної допомоги, виходячи із базової програми медичного страхування в обсязі, що був передбачений договором страхування;

10.2.3) Страхувальник, який належить до категорії іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України мають право звернутися за екстреною

медичною допомогою до будь-якого державного та комунального закладу охорони здоров'я України.

10.2.4) розширити перелік медичної допомоги або підвищити розмір страхової суми шляхом внесення змін до діючого договору страхування, сплативши при цьому Страховику додатковий страховий платіж;

10.2.5) достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, Правилами страхування або чинним законодавством України;

10.2.6) обрати будь-який медичний заклад з числа рекомендованих Страховиком (його представником) або Асистанською компанією ;

10.2.7) обрати лікаря з числа лікарів, залучених для надання медичної допомоги;

10.2.8) здійснити під час лікування заміну медичного закладу або лікаря за погодженням із Страховиком.

10.3. Страхувальник зобов'язаний:

10.3.1) своєчасно вносити страхові платежі;

10.3.2) при укладанні договору страхування надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

10.3.3) повідомити Страховика про інші діючі договори медичного страхування щодо предмета договору страхування;

10.3.4) повідомити Страховика про настання страхового випадку в термін, передбачений умовами договору страхування.

Умовами договору страхування може бути передбачено, що Страхувальник зобов'язаний:

10.3.5) турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;

10.3.6) достовірно інформувати медичний заклад та Страховика про стан свого здоров'я і можливі існуючі ризики його втрати (зміна ступеню ризику);

10.3.7) не створювати свідомо ризику втрати свого здоров'я;

10.3.8) надавати лікарю-експерту можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи

10.3.9) дотримуватись правил розпорядку та режиму роботи медичного закладу, який надає медичну допомогу, виконувати накази та приписи лікарів;

10.3.10) надати Страховику договір страхування (страховий поліс, страхове свідоцтво, сертифікат) для прийняття рішення про оплату послуг медичного закладу.

10.4. Застрахована особа набуває прав і обов'язків Страхувальника, якщо це встановлено договором страхування:

10.4.1) передбачених в пунктах 10.2.2 - 10.2.6, 10.3.2 - 10.3.3 цих Правил страхування - з моменту набуття чинності договору страхування до настання страхового випадку;

10.4.2) передбачених в пунктах 10.2.7, 10.3.8 - 10.3.10 цих Правил страхування - після настання страхового випадку;

10.4.3) інших - в порядку і в строки, встановлені договором страхування.

10.5. Страховик має право:

10.5.1) перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та/або Застрахованою особою;

10.5.2) запитувати і одержувати відомості, пов'язані із страховим випадком, від державних та інших установ, підприємств, організацій та громадян;

10.5.3) відмовити в оплаті вартості медичної допомоги при наявності підстав та у випадках, передбачених цими Правилами страхування та договором страхування;

10.5.4) відкласти вирішення питання про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати в разі порушення кримінального провадження за фактом подій, що призвели до травмування або захворювання Застрахованої особи, до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами;

10.5.5) відмовити у здійсненні страхової виплати за договором страхування, зокрема у випадках, коли Страхувальник (Застрахована особа):

- не надав лікарю-експерту (лікар, який співпрацює з Страховиком на договірних умовах) можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;
- не надав Страховику документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком, і здійснення страхової виплати;
- надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я Застрахованої особи або стосовно обсягу або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;
- не повідомив Страховику про всі відомі дані, що мають значення для оцінки страхового ризику;
- не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, встановлені договором страхування, якщо це ним передбачено;
- підставою для відмови у страховій виплаті є:
 - навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку;
 - вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
 - несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування;
 - інші випадки, передбачені законодавством України.

10.5.6) достроково припинити дію договору страхування в порядку та на умовах, передбачених договором, згідно з п.п. 9.2- 9.4 цих Правил страхування.

10.6. Страховик зобов'язаний:

10.6.1) ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

10.6.2) видати страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат) на ім'я кожної Застрахованої особи відповідно до Правил страхування;

10.6.3) оплатити вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги в обсязі, гарантованому умовами договору страхування;

10.6.4) оплатити вартість екстреної медичної допомоги, наданої Страхувальнику, який належить до категорії іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, яка визначається медичним закладом, що її надав, у межах вартості лікування, встановленої відповідно до Порядку, затвердженого МОЗ.

10.6.5) забезпечити контроль якості медичної допомоги, що надається Застрахованим особам, якщо це передбачено договором страхування;

10.6.6) при визнанні події, що відбулася, страховим випадком здійснити страхову виплату в терміни та у порядку, встановлені договором страхування. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати пені (штрафу), розмір якої визначається умовами договору страхування;

10.6.7) не розголошувати будь-які відомості про Страхувальника (Застраховану особу), одержані при виконанні договору страхування, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

10.6.8) 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.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. При виникненні у Застрахованої особи потреби в одержанні медичної допомоги в межах, передбачених конкретним договором страхування, вона звертається особисто або за телефоном до Страховика (його представника) або Асистанської компанії, відомості про яких наведені в договорі страхування та страховому полісі (страховому свідоцтві, сертифікаті).

Таке звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено Страхувальником, членами сім'ї Застрахованої особи, її опікунами або піклувальниками.

11.2. Страховик (його представник) або Асистанська компанія рекомендує Застрахованій особі конкретні медичні заклади, де після звернення Застрахованої особи їй буде надана необхідна медична допомога

11.3. При зверненні до медичного закладу, рекомендованого Страховиком (його представником) або Асистанською компанією, медична допомога (медичні послуги) Застрахованій особі надається за умовою пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

11.3.1) документ, що посвідчує Застраховану особу;

11.3.2) страховий поліс (страхове свідоцтво, сертифікат);

11.3.3) письмове направлення Страховика або Асистанської компанії, якщо це передбачено договором страхування.

Застрахована особа може бути направлена Асистанською компанією до медичного закладу за попередньою домовленістю із Страховиком по телефону.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

12.1. Для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) або інша особа у відповідності до умов договору страхування подає Страховику документ медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, або його копію, а також інші документи (за вимогою Страховика), необхідні для повної та об'єктивної оцінки обставин події, що відбулася.

12.2. Якщо інше не обумовлено Договором страхування, термін, протягом якого Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати Страховику всі необхідні документи, які підтверджують факт настання страхового випадку, встановлюється у договорі страхування, але він не може перевищувати 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після отримання медичної допомоги (послуги).

12.3. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається страховиком на протязі 10 (десяти) робочих днів з дня отримання від Застрахованої особи або медичного закладу всіх необхідних документів, які підтверджують факт настання страхового випадку. Рішення про відмову у виплаті страхової суми (її частини) повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 (п'яти) робочих днів.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

Страхова виплата здійснюється шляхом оплати Страховиком медичному закладу, Асистанській компанії або іншій установі, з якою Страховик має договори про співпрацю, вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі за договором страхування.

13.1. Договором страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) безпосередньо Застрахованій особі, у випадку самостійної оплати нею медичної допомоги (послуг), якщо медичну допомогу надавали медичні заклади, з якими Страховик не має договору про співпрацю.

В цьому випадку, для здійснення страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику заяву про виплату страхової суми (її частини), договір страхування

(страховий поліс), а також документи, що підтверджують факт настання страхового випадку: довідку медичного закладу щодо діагнозу та тривалості лікування; медичну картку або витяг з історії хвороби; перелік наданої медичної допомоги та медичних послуг з зазначенням їх вартості; документи, що підтверджують факт оплати Застрахованою особою вартості отриманої нею медичної допомоги та медичних послуг.

При відсутності необхідних за призначенням лікаря медикаментів в медичному закладі, з яким Страховик має договірні стосунки, Страховик оплачує Застрахованій особі вартість придбаних нею медикаментів на підставі рахунку фармацевтичної установи та при умові письмового підтвердження медичним закладом витрат Застрахованої особи на лікування.

13.2. У разі отримання медичної допомоги в медичних закладах, з якими Страховик не має договорів про співпрацю, або у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичної допомоги, термін здійснення страхових виплат встановлюється договором страхування, але цей термін не може перевищувати 15 робочих днів з дня прийняття рішення про виплату.

Термін та порядок здійснення страхових виплат Асистанській компанії або медичним закладам, з якими Страховик має договори про співпрацю, визначається у договорах з цими закладами.

13.3. У разі настання страхового випадку зі Страхувальником, який належить до категорії іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, Страховик здійснює оплату вартості екстреної медичної допомоги шляхом перерахування коштів медичному закладу, який надав екстрену медичну допомогу Страхувальнику, за умови пред'явлення Страховику акту або копії договору страхування та документа про оплату медичної допомоги.

13.4. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками протягом строку дії договору страхування не може перевищувати страхової суми для такої Застрахованої особи, встановленої договором страхування.

13.5. Страхові виплати здійснюються в національній валюті України.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.

1. Страховик відмовляє у виплаті страхового відшкодування у разі:

- захворювання, травми, а також їхні наслідки під час чи внаслідок перебування Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння;
- захворювання чи травми, отримані внаслідок здійснення Застрахованою особою навмисного злочину;
- замах на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб і це доведено порядком, визначеним чинним законодавством України;
- навмисно заподіяні собі тілесні ушкодження;
- участь в яких-небудь військових діях, цивільних заворушеннях, мітингах і демонстраціях, якщо це не пов'язано з виконанням Застрахованою особою службових обов'язків;
- захворювання, пов'язані з алкоголізмом, наркоманією, токсикоманією;
- захворювання, пов'язані з особливо небезпечними інфекціями та епідеміями, незалежно від термінів і обсягів проведення комплексу карантинних мір державними санітарно-епідеміологічними установами;
- наслідки, пов'язані з участю Застрахованого в спортивних змаганнях, заняттях усіма видами єдиноборств, авто-, мото-, авіа- і кінним спортом (якщо це не обумовлено іншими умовами договору);

- венеричні, захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазмоз, цитомегаловірусна інфекція, герметична інфекція, трихомоніаз, кандидоз, гарднерельоз, бактеріальний вагініт т.і.), захворювання ВІЛ-інфекцією, незалежно від термінів їхнього виявлення;
- косметологічне лікування дефектів обличчя, тіла, кінцівок, якщо вони не є наслідком перенесеного захворювання;
- хронічні захворювання, які потребують терапії, що заміщає функції органів та систем організму (якщо інше не обумовлено договором);
- безпліддя, контрацепція, імпотенція;
- патологія, що виникнула як слідство лікування методами нетрадиційної медицини, експериментальними, дослідницькими методами, препаратами, самолікування;
- захворювання, пов'язані з уродженими аномаліями і пороками розвитку;
- захворювання, пов'язані з порушенням хромосомного набору;
- психічні захворювання та розлади психічного стану та розлади здоров'я (травми), заподіяні собі застрахованою особою у стані психічного захворювання або розладу психічного стану;
- грибкові захворювання шкіри та нігтів.

2. Страховик не відшкодовує збитків по договору страхування, якщо страхувальник:

- не надав лікарю-експерту можливості проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено договором страхування;
- не надав Страховику документи, необхідні для прийняття рішення про визнання події, що відбулася, страховим випадком, і здійснення страхової виплати;
- надав Страховику свідомо неправдиву інформацію або фальшиві документи стосовно стану здоров'я Застрахованої особи або стосовно обсягу або якості наданої йому медичної допомоги, якщо це передбачено договором страхування;
- не повідомив Страховику про всі відомі дані, що мають значення для оцінки страхового ризику;
- не виконав (неналежно виконав) свої обов'язки, встановлені договором страхування, якщо це ним передбачено.

3. Іншими підставами для відмови у страховій виплаті є:

- навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку;
- вчинення Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обсягу або якості наданої Застрахованій особі медичної допомоги та розміру витрат на лікування;
- інші випадки, передбачені законодавством України.

4. Програмою страхування можуть бути встановлені інші додаткові причини відмови у страховому відшкодуванні, з якими страхувальник має бути ознайомлений при підписанні договору медичного страхування.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, пов'язані із страхуванням, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою), *вирішуються шляхом переговорів сторін* або у порядку, встановленому чинним законодавством України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Якщо на час здійснення страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі,

Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, Страховик зменшує розмір страхової виплати на суму, що компенсована (відшкодована) зазначеними особами. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено не пізніше 48 годин, після одержання грошової компенсації.

16.2. Договором страхування, а також договорами із Асистанською компанією та медичним закладом повинно бути передбачено, що якщо після здійснення Страховиком страхової виплати вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, компенсована (відшкодована) Застрахованій особі, Асистанській компанії або медичному закладу іншими фізичними та юридичними особами, сума одержаної компенсації повинна бути не пізніше 5 робочих днів після одержання цієї компенсації сплачена Страховику в межах фактично здійсненої Страховиком страхової виплати. Про одержання такої компенсації (відшкодування) Страховику повинно бути повідомлено не пізніше 48 годин після одержання грошової компенсації.

Страховий тариф за Договором страхування обчислюється за формулою:

$$T = K * K1 * K2 * K3 * K4,$$

де **K** – базовий річний тариф, який залежить від страхового ризику

K1, K2, K3, K4 – поправочні коефіцієнти, наведені нижче.

Страховий платіж за Договором страхування обчислюється за формулою:

$$P = n * T * S,$$

n – кількість років страхового захисту;

S – страхова сума;

T – відповідний страховий тариф.

При укладенні договору страхування на термін до одного року розмір тарифу розраховується, виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі умов п.8.4.Правил

БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

Страховий ризик згідно Правил	K, %
- швидка медична допомога	2,8
- амбулаторне лікування	11,1
- стаціонарне лікування	10,4
- стоматологічна допомога	32,9
- гінекологічна та акушерська допомога	4,6
- медичний контроль за станом госпітальної Застрахованої особи та інформування сім'ї про стан її здоров'я	5,9
- оплата лікарських засобів та засобів медичного призначення, призначених лікарем	4,3
- витрати на доставку лікарських засобів на місце події	1,8

K1 – поправочний коефіцієнт, який залежить від кількості осіб, з якими заключається Договір страхування:

Кількість осіб	K1
До 25 осіб	1,0
25 - 49 осіб	0,95
50 – 149 осіб	0,9
150 – 249 осіб	0,87
250 – 499 осіб	0,85
500 – 999 осіб	0,8
1000 – 2999 осіб	0,75
Більше 10 000 осіб	0,7 -0,5

К2 – поправочний коефіцієнт, який залежить від віку прийнятих на страхування осіб:

Вік Застрахованої особи, років	К2
До 40	1,0
41 -55	1,4
56 -65	1,75
Більше 65	2,25

К3 – поправочний коефіцієнт, який залежить від професійної діяльності прийнятих на страхування осіб:

Діяльність	К3
Політ Застрахованої особи на літальному апараті, керування цим апаратом, крім випадків польоту в ролі пасажера на літаку цивільної авіації, що відбувається за визначеним рейсом, які виконувались професійним пілотом	1,1-4,0
Заняття Застрахованої особи будь-яким видом спорту (легка атлетика, крокет, гольф, гімнастика, плавання, сквош, теніс, стрільба, баскетбол, велоспорт, ручний м'яч, хокей на траві, кінний спорт, водні види спорту, волейбол, фехтування, стрибки у воду, бейсбол, футбол, американський футбол, підводне плавання, рафтинг, регбі, спелеологія, повітряні види спорту, автоспорт, мотоспорт, бойові види спорту, або ігри із застосуванням вогнепальної зброї)	1,1-4,0
Участь Застрахованої особи в операціях чи випробуваннях транспортних засобів будь-якого виду.	1,2-6,0
Зайнятість Застрахованої особи в роботах у відкритому морі, шахті, створенні повітряної фотографії, праці з вибуховими речовинами	1,1- 5,0

К4 – поправочний коефіцієнт, який залежить від тривалості терміну дії договору страхування:

Термін дії договору страхування, місяців										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховий платіж, % від річного страхового платежу										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Остаточний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування.

Норматив витрат на ведення справи складає 30% від страхового тарифу.

Актуарій

Клименко Юлія
(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)

Перелік видів захворювання і станів, що потребують екстреної медичної допомоги

1. Інфекційні та паразитарні хвороби:
 - 1.1. Харчові отруєння.
 - 1.2. Дифтерія.
 - 1.3. Менінгококова інфекція.
 - 1.4. Вірусний гепатит (крім хронічної форми).
 - 1.5. Лептоспіроз.
 - 1.6. Гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання.
2. Хвороби ендокринної системи:
 - 2.1. Діабет (коматозний стан).
 - 2.2. Хвороби щитовидної залози (мікседематозна кома та тиреотоксичний криз).
 - 2.3. Гіперпаратиреоз (судомний синдром).
 - 2.4. Хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність).
3. Хвороби нервової системи та органів відчуття:
 - 3.1. Гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - 3.2. Гіпоталамічний криз.
 - 3.3. Гострі запальні процеси та травми ока.
 - 3.4. Гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа.
4. Хвороби системи кровообігу:
 - 4.1. Гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - 4.2. Гіпертонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - 4.3. Гострий інфаркт міокарду.
 - 4.4. Стенокардія (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - 4.5. Гостре порушення серцевого ритму.
 - 4.6. Гостра серцева недостатність.
 - 4.7. набряк легенів.
 - 4.8. Емболія та гострий тромбоз судин.
 - 4.9. Гостре порушення мозкового кровообігу.
5. Хвороби органів дихання:
 - 5.1. Порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.
 - 5.2. Гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - 5.3. Бронхіальна астма (напад).
6. Хвороби та ураження органів травлення:
 - 6.1. Перфорації шлунку та кишок.
 - 6.2. Гострий апендицит.
 - 6.3. Защемлена грижа.
 - 6.4. Непрохідність кишкова.
 - 6.5. Гострий холецистит.
 - 6.6. Гострий панкреатит.
 - 6.7. Шлунково-кишкові кровотечі.
 - 6.8. Тромбоз мезентеріальних судин.
 - 6.9. Абсцеси черевної порожнини.
7. Хвороби сечостатевої системи:
 - 7.1. Гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної допомоги).

- 7.2. Гостра ниркова недостатність.
- 7.3. Ниркова колька.
- 7.4. Гостра затримка сечі.
8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія:
 - Гостре запалення органів жіночої статеві сфери (стан, що потребує екстреної допомоги).
 - Кровотечі із статевих шляхів.
 - Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.
9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:
 - 9.1. Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів тощо (стан, що потребує екстреної допомоги).
10. Симптоми, ознаки та неточно визначені стани:
 - 10.2. Кома.
 - 10.3. Ступор.
 - 10.4. Судоми.
 - 10.5. Шок (будь-якої етіології).
 - 10.6. Асфіксія.
 - 10.7. Кровотечі.
11. Травми та отруєння різної етіології:
 - 11.1. Переломи кісток черепа.
 - 11.2. Переломи хребта та кісток тулуба.
 - 11.3. Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівок.
 - 11.4. Ураження суглобів та м'язів.
 - 11.5. Внутрічерепні травми.
 - 11.6. Травми внутрішніх органів.
 - 11.7. Ураження голови, шиї і тулуба.
 - 11.8. Ураження верхньої та нижньої кінцівок.
 - 11.9. Ураження кровоносних судин, що загрожують життю.
 - 11.10. Опіки.
 - 11.11. Відмороження.
 - 11.12. Теплові та сонячні удари, що потребують госпіталізації.
12. Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного).

Додаток № 3
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)

Базові річні страхові тарифи по добровільному медичному страхуванню іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України

Таблиця 1

<i>Вид медичної допомоги</i>	<i>Страхова сума, грн</i>					
	5 000	10 000	30 000	50 000	75 000	100 000
Амбулаторне лікування	1,49	2,4	4,8	-	8,14	12,04
Стоматологічна допомога	2,0	3,21	6,42	8,0	10,84	16,06
Стаціонарне лікування	-	4,16	8,32	10,44	14,08	20,87
Комплексна медична допомога	-	4,8	9,63	12,84	16,24	24,09

При встановленні тарифів, залежно від території дії Договору страхування застосовується відповідний поправочний коефіцієнт.

Таблиця 2

Територія дії	Коефіцієнт
Територія однієї з областей	1,00
Вся Україна	1,20

Страховик має право встановлювати тарифи залежно від ступеня ризику (умов договору страхування, віку Застрахованої особи, тощо).

При розрахунку страхового тарифу можуть застосовуватись знижувальні (від 0,01 до 0,9) та підвищувальні (від 1,1 до 4,0) коригувальні коефіцієнти.

Норматив витрат на ведення справи - 30,0 %.

Актуарій

Клименко Юлія
(Свідоцтво № 01-018 від 19.11.2015 р.)