

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Голова Правління
ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА»



О.В. Музичко

вересня 2023 р.

**ЗМІНИ ТА ДОПОВНЕННЯ № 3
ДО ПРАВИЛ
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
від 24.07.2008 р.
шляхом викладення їх в новій редакції**

ЗМІСТ

1.	ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.....	3
2.	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
3.	ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	5
4.	СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.....	6
5.	ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ. ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ	7
6.	ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	8
7.	СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
8.	ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
9.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	10
10.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	12
11.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	12
12.	ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	14
13.	СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ	15
14.	ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	15
15.	УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
16.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	17
17.	ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.....	17
18.	ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	17
19.	БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ	17

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

У цих Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Правила) вживаються наступні терміни:

Амбулаторна медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у Медичному закладі у разі її самостійного відвідування Медичного закладу, а також медична допомога, яку Застрахована особа отримує із залученням Медичного персоналу, що періодично відвідує Застраховану особу.

Безоплатна медична (лікувально-профілактична) допомога - медична допомога, видатки на фінансування якої покриваються за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів та коштів фондів соціального страхування в порядку, встановленому законом.

Біологічно активні добавки (далі БАД) - це концентрати натуральних або ідентичних натуральним біологічно активних речовин, виготовлені у вигляді таблеток, капсул, драже, порошоків, рідин або інших формах для спеціальних медичних цілей, які призначені для безпосереднього прийому або введення до складу харчових продуктів з метою збагачення раціону харчування людини окремими біологічно активними речовинами або їх комплексами.

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку. Страхувальник за згодою Застрахованої особи може змінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено Договором страхування.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті – встановлена Договором страхування частина (відсоток) страхової суми (ліміту страхової суми), яку при настанні страхового випадку сплачує Страхувальник (Застрахована особа) самостійно та яка вираховується Страховиком при визначенні розміру страхової виплати.

Договір страхування - письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно якої Страховик приймає на себе зобов'язання при настанні страхового випадку виплатити страхове відшкодування в межах страхової суми (надати допомогу, послугу), а Страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені Договором страхування терміни та виконувати інші умови Договору.

У даних Правилах – це Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) .

Застрахована особа - фізична особа, за згодою та на користь якої укладається Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника за Договором страхування.

Каренція – період, що починається з дати укладення Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу надання медичної допомоги та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

Особливості встановлення Каренції визначаються Договором страхування.

Ліміт страхової суми - обмеження страхової суми по окремим страховим випадкам, видам медичної допомоги, що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування, та/або по окремим нозологіям, що встановлюється у Договорі страхування.

Медикаментозні засоби або медикаменти – це призначені лікарем для надання медичної допомоги фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни, а також інші засоби, що не зареєстровані в Україні як лікарські та не входять до Державного реєстру лікарських засобів України (в т.ч. БАДи, харчові добавки, соляні розчини тощо), використання яких дозволено згідно законодавства.

Медичний заклад – юридичні особи - суб'єкти господарської діяльності незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, а також фізичні особи, зареєстровані у встановленому законодавством порядку як суб'єкти підприємницької діяльності, які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну) допомогу та послуги опікування.

Невідкладна (швидка) медична допомога - надання невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі у разі, якщо є загроза її життю і здоров'ю.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, не передбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи подія, що фактично відбулась у строк і у місці дії Договору страхування і внаслідок якої настав розлад здоров'я Застрахованої особи або її смерть.

Нозологія – (від грецького νόσος – хвороба та логія - наука; буквально – вчення про хворобу). В сучасній медичній літературі термін “нозологія” (“нозологічна одиниця”) вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

Правила - Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА».

Програма страхування – Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), яка включає перелік медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

У Програмі страхування, що є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною, зазначається перелік медичної допомоги (послуг), страхова сума, ліміти страхової суми по окремим видам медичної допомоги (послуг) та/або нозологіям, порядок організації медичної допомоги, перелік Медичних закладів, в якій Застрахована особа може отримати медичну допомогу, передбачену Програмою страхування, страховий тариф, розмір страхового платежу за Програмою страхування, який повинен сплатити Страхувальник, строк Каренції, встановлений по Програмі страхування, та інші умови.

Базова Програма добровільного медичного страхування – це Базова Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), що зазначена у Додатку 1 до цих Правил.

Сервісна картка - іменний документ, що видається Застрахованій особі при укладенні Договору страхування, та містить довідкову інформацію (номер Договору страхування, строк його дії, координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку тощо).

Стан здоров'я - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає лікар та яка підтверджується медичною документацією.

Стаціонарне лікування (Госпіталізація) - розміщення Застрахованої особи в якості пацієнта в установу, що має відповідну ліцензію на медичну практику або що є лікувально-профілактичною установою, з метою надання їй стаціонарної медичної допомоги (у тому числі у відділенні денного стаціонару).

Страхова премія (страховий платіж, страховий внесок) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору страхування.

Страховий акт - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

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

Страховий платіж (страхова премія, страховий внесок) - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій особі, згідно з умовами Договору страхування.

Страховий сертифікат, страхове свідоцтво, страховий поліс - документ, що посвідчує факт укладення Договору страхування і який є формою Договору страхування.

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

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

Страховик – ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА».

Страховик відповідно до законодавства України здійснює комплекс заходів по вивченню, оцінці і управлінню страховими ризиками; згідно з Правилами та умовами Договору страхування одержує від Страхувальника Страхові платежі, здійснює страхову виплату при настанні страхових випадків, виконує інші умови Договору страхування.

Страхувальник – юридична чи дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Уповноважений Представник Страховика – юридична особа або фізична особа - суб'єкт підприємницької діяльності, яка за дорученням та/або за рахунок коштів Страховика при настанні страхового випадку здійснює організацію надання та оплати медичної допомоги Застрахованій особі.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛЬНА» (далі - Страховик) відповідно до умов цих Правил добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі - Правила) укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) (далі – Договір страхування) з юридичними особами або фізичними особами (далі - Страхувальники).

2.2. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком Договори про страхування третіх осіб (надалі - Застрахована особа) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

2.3. Згідно з цими Правилами Застрахованими можуть бути особи від моменту народження до 75 (сімдесяти п'яти) років включно. Особи віком понад 75 (сімдесят п'ять) років приймаються на страхування на спеціальних умовах, обумовлених у Договорі страхування.

На страхування не приймаються особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах (з приводу венеричних захворювань), центрах з профілактики та лікування СНІДу або ВІЛ-інфекцій, особи з інвалідністю I-ої, II-ої груп, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи (усної чи письмової).

3.2. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

3.2.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обов'язі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася під час дії договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

3.2.2. відшкодування понесених Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги;

3.2.3. одноразової виплати Застрахованій особі в розмірі, передбаченому Договором страхування, при встановленні факту звернення Застрахованої особи до Медичного закладу, зазначеного в Договорі страхування, або до інших Медичних закладів, що не зазначені в Договорі страхування, якщо таке звернення погоджено та організовано Страховиком, при такому стані здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у тому числі імунопрофілактичної) та іншої допомоги відповідно до умов Договору страхування та зазначеної в ньому Програми страхування.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1. Страховим ризиком є стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання та оплати медичної допомоги.

4.2. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування до Медичного закладу, зазначеного в Договорі страхування, або до інших Медичних закладів, що не зазначені в Договорі страхування, якщо таке звернення погоджено та організовано Страховиком, при такому стані здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у тому числі імунопрофілактичної) та іншої допомоги відповідно до умов Договору страхування та зазначеної в ньому Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу.

4.3. Страховий випадок вважається таким, що закінчився, якщо за медичними показаннями зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу цього звернення Страхувальника (Застрахованої особи).

4.4. Договором страхування може бути передбачено обмеження кількості звернень Страхувальника (Застрахованої особи) упродовж строку дії Договору страхування з приводу надання та оплати медичної допомоги за окремим видом медичної допомоги, Програмою страхування, нозологією тощо.

4.5. Перелік медичної допомоги, за надання якої Застрахованій особі при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування, узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладенні Договору страхування та зазначається у ньому у вигляді Програми страхування, що є додатком та невід'ємною частиною Договору страхування.

4.6. Базові Програми добровільного медичного страхування наведені у Додатку 1 до цих Правил.

Договір страхування може бути укладено як на умовах одночасно декількох Базових програм добровільного медичного страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил, так і на умовах однієї з них.

4.7. При укладенні Договору страхування Страхувальник та Страховик за взаємною згодою можуть обмежити або доповнити додатковими медичними послугами перелік медичної допомоги, передбачений Базовими програмами добровільного медичного страхування.

4.8. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види медичної допомоги Застрахованій особі, не зазначені у Базових Програмах добровільного медичного страхування, які не суперечать цим Правилам та законодавству, за надання яких згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату.

4.9. Страхування може бути здійснено також за індивідуальною Програмою страхування, складеною за згодою Страховика і Страхувальника, яка не суперечить цим Правилам.

4.10. У будь-якому випадку конкретний перелік і обсяг Програми страхування узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладенні Договору страхування і зазначається в ньому.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ. ЛІМІТ СТРАХОВОЇ СУМИ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страхувальника і Страховика під час укладення Договору страхування та/або внесення змін до Договору страхування.

5.2. Страхова сума встановлюється по Договору страхування в цілому або по кожній Програмі страхування окремо та зазначається у Договорі страхування.

5.3. У Договорі страхування Страховик може встановлювати ліміти страхової суми по окремим страховим випадкам, групам страхових випадків, окремим видам медичної допомоги Застрахованій особі, що передбачені Програмою страхування, зазначеною у Договорі страхування.

5.4. Ліміт страхової суми може бути встановлений зокрема, такими способами:

5.4.1. по всім страховим випадкам за рік, по кожній Програмі страхування окремо або за Договором страхування в цілому;

5.4.2. по окремим видам медичної допомоги та/або по окремим нозологіям;

5.4.3. по кожному та будь-якому страховому випадку, передбаченому Договором страхування.

5.5. Страхова сума (ліміт страхової суми) встановлюється і зазначається у Договорі страхування в грошовій одиниці України (гривні).

5.6. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, страхова сума за Договором страхування може бути встановлена в іноземній вільно конвертованій валюті.

5.7. Договором страхування може бути передбачена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) може бути обумовлена в Договорі страхування для окремої Програми страхування, що зазначена в Договорі страхування, окремого виду медичної допомоги, окремої нозології.

5.8. Сума виплат по окремих страхових випадках не може перевищувати загальну страхову суму. Договір страхування, по якому була здійснена страхова виплата, продовжує свою дію до кінця строку дії, при цьому страхова сума за Договором страхування зменшується на суму страхової виплати, якщо інше не обумовлюється Договором страхування.

5.9. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків. Базові річні страхові тарифи по Базовим Програмам добровільного медичного страхування зазначені у **розділі 19 цих Правил**.

5.10. Конкретний розмір страхового тарифу обчислюється за конкретною Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування, або за Договором страхування в цілому на підставі таблиці Базових річних страхових тарифів по Базовим Програмам добровільного медичного страхування з урахуванням результатів медичного анкетування, віку, статі Застрахованої особи, вартості медичних послуг, строку, місяця дії Договору страхування, наявності Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страхових виплатах, лімітів страхової суми, інших обставин, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.

Обчислений таким чином при укладенні Договору страхування страховий тариф зазначається у Договорі страхування.

5.11. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з **пунктом 5.10. Правил**, та зазначається у Договорі страхування.

5.12. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладанні Договору страхування, якщо інше не зазначене в Договорі страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

5.13. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу декількома частинами. При цьому строки сплати першої і кожної наступної частини страхового платежу обумовлюються в Договорі страхування.

5.14. Страховий платіж сплачується Страхувальником згідно статті 19 Закону України „Про страхування”: Страхувальник – резидент згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільно конвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.15. Страхувальник може сплатити страховий платіж за Договором страхування шляхом безготівкового переказу на поточний рахунок або готівкою в касу Страховика.

Датою сплати страхового платежу визнається:

5.15.1. дата зарахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика - при безготівкових розрахунках;

5.15.2. дата сплати готівкових коштів у касу Страховика – при розрахунках готівкою.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу страхової виплати за отриману медичну допомогу, якщо:

6.1.1. звернення до медичного закладу відбулось та медична допомога була отримана поза строком та місцем дії Договору страхування;

6.1.2. медична допомога не передбачена умовами Договору страхування і Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування;

6.1.3. медична допомога, надана медичним закладом, що не передбачений умовами Договору страхування, або не узгоджена із Страховиком чи уповноваженим Представником Страховика відповідно до умов Договору страхування;

6.1.4. медична допомога, що надається безоплатно всім громадянам, видатки на фінансування якої покриваються за рахунок Державного бюджету України, місцевих бюджетів, коштів фондів соціального страхування, благодійних та інших фондів, в порядку, передбаченому законом;

6.1.5. стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичної допомоги, є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членушкодження), встановлених у відповідному порядку, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

6.1.6. стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання медичної допомоги, є наслідком некваліфікованого самолікування, надання медичної допомоги юридичною або фізичною особою, що не має відповідної ліцензії (акредитації) або освіти;

6.1.7. якщо Застрахованій особі було відомо до укладення Договору страхування про існування стану здоров'я, що потребує надання медичної допомоги, але про який вона не повідомила Страховика чи його уповноважених осіб.

6.2. Не є страховим випадком, якщо інше не обумовлено Договором страхування, звернення Застрахованої особи з приводу надання та оплати медичної допомоги, якщо стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідками:

а) впливу ядерної енергії в будь-якій формі;

б) військових дій, військових маневрів та інших військових заходів;

в) громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів;

г) стихійних лих.

6.3. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування, у разі надання медичної допомоги Застрахованій особі з приводу:

6.3.1. венеричних захворювань (до таких відносяться: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, шанкрод, пахова гранульома, трихомоніаз, гарднерельоз, уреоплазма, мікоплазма, аногенітальні вірусні герпеси, цитомегаловірусні інфекції, невизначені хвороби, які передаються статевим шляхом),

- 6.3.2. ВІЛ-інфікованості та СНІДу незалежно від термінів виявлення;
- 6.3.3. захворювань, що мають характер епідемій, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ та грипу);
- 6.3.4. алкоголізму, наркоманії, токсикоманії незалежно від термінів виявлення та будь-яких їх наслідків;
- 6.3.5. патологічних станів Застрахованої особи або отриманих нею травм, що є наслідками алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння, вживання медичних препаратів з метою або у стані сп'яніння, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;
- 6.3.6. хронічних захворювань в термінальній стадії;
- 6.3.7. психічних захворювань;
- 6.3.8. косметичних процедур і операцій (крім випадків, коли косметичні операції є етапом оперативного лікування наслідків травм, опіків тощо, що сталися упродовж строку дії Договору страхування);
- 6.3.9. штучного переривання вагітності (за винятком випадків переривання вагітності за медичними показаннями), лікування безпліддя та статевих розладів.
- 6.3.10. вроджених аномалій (вади розвитку), деформацій та хромосомних порушень;
- 6.4. Страховик не здійснює страхову виплату, якщо:
- 6.4.1. медичну допомогу одержала інша особа, яка не застрахована за Договором страхування;
- 6.4.2. Застрахована особа відмовилась від медичної допомоги.
- 6.5. Конкретний перелік виключень із страхових випадків та обмежень страхування зазначається в Договорі страхування.
- 6.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування, що не суперечать законодавству.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника при укладанні Договору страхування.
- 7.2. Для окремих страхових випадків, нозологій, Програм страхування та/або видів медичної допомоги у Договорі страхування може бути встановлений період Каренції. Тривалість періоду Каренції становить до 3-х місяців, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування. Упродовж періоду Каренції, Страховик не здійснює страхову виплату при зверненні Застрахованої особи з приводу захворювань або інших станів здоров'я, що потребують надання та оплати медичної допомоги, по яких встановлено період Каренції.
- 7.3. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо в Договорі страхування не зазначено інше.
- 7.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу чи його частини, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 8.1. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової заяви Страхувальника про намір укласти Договір страхування за формою, встановленою Страховиком. Подання заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укласти Договір страхування.
- 8.2. Договір страхування може бути укладений на користь однієї особи або одночасно на користь декількох осіб. У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання.

8.3. При укладенні Договору страхування на користь третіх осіб Страхувальник надає Страховику документальне підтвердження згоди таких осіб на страхування.

8.4. У разі необхідності при укладенні Договору страхування Страховик може здійснювати медичне анкетування, а при необхідності - медичне обстеження особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування.

При цьому Страховик залишає за собою право на отримання від Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, будь-якої додаткової інформації про стан здоров'я такої особи.

У разі відмови Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, заповнити медичну анкету або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика, Страховик може відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування.

8.5. На підставі даних, повідомлених Страхувальником у заяві про намір укласти Договір страхування, в анкеті (анкетах) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, а також та за результатами її (їх) медичного обстеження і отриманої додаткової інформації про стан її (їх) здоров'я Страховик приймає рішення про укладення або відмову в укладенні Договору страхування.

8.6. Факт укладення Договору страхування посвідчується видачею Страхувальнику примірника Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, страхового сертифікату).

8.7. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування (за наявності), анкета про стан здоров'я (за наявності), а також результати медичного обстеження (якщо обстеження здійснювалось) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

8.8. Додатково до примірника Договору страхування Страховик може видати Застрахованій особі Сервісну картку.

Сервісна картка є іменним документом і містить довідкову інформацію, координати, за якими необхідно звертатись до Страховика (або уповноваженого Представника Страховика) при настанні страхового випадку).

8.9. При укладанні Договору страхування Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувача, а також замінювати його до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено Договором страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

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

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

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

9.1.5. у разі відмови у страховій виплаті чи відстрочення страхової виплати повідомити про це Страхувальника у строк, встановлений Договором страхування, із зазначенням причин відмови чи відстрочки.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. при укладенні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, яка необхідна для оцінки ступеню страхового ризику;

9.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладенні Договору страхування; отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти за власний кошт медичний огляд у вказаних Страховиком медичних закладах;

9.2.3. самостійно з'ясувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику (Застрахованій особі), направляти запити до компетентних органів (медичних закладів, правоохоронних органів, тощо) з метою отримання відповідних висновків, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку;

9.2.4. у разі зміни ступеню страхового ризику або збільшення вартості медичної допомоги до настання страхового випадку вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування і сплати додаткового страхового платежу;

9.2.5. відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати у разі виникнення сумнівів щодо причин, обставин страхового випадку і вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги;

9.2.6. відмовити у виплаті страхової суми (її частини) згідно з **розділом 14 Правил**;

9.2.7. виставити регресні вимоги до Страхувальника на суму здійсненої страхової виплати, якщо після цієї виплати виявилися обставини, що перелічені в **розділі 6 цих Правил**.

9.2.8. вносити зміни у Договір страхування згідно з **пунктом 18.2. Правил**;

9.2.9. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування згідно з **розділом 15 Правил**;

9.2.10. організувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних Медичних закладів (зокрема, швидка медична допомога "103" та госпіталізація у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезу за бажанням Застрахованої особи у Медичний заклад, передбачений Договором страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі у розмірі та у строки, встановлені Договором страхування;

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

9.3.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета Договору страхування;

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

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. при укладенні Договору страхування по відношенню до неї повідомляти Страховику на його вимогу про всі відомі їй обставини, що мають значення для оцінки ступеню страхового ризику (попередні захворювання, перенесені оперативні втручання, тощо);

9.4.2. у разі настання страхового випадку діяти відповідно до **розділу 10 Правил**;

9.4.3. виконувати всі рекомендації Страховика (уповноваженого Представника Страховика) щодо отримання і оплати медичної допомоги при настанні страхового випадку;

9.4.4. на вимогу Страховика повідомляти будь-яку інформацію, необхідну для встановлення обставин страхового випадку та вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.5. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.5.1. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування і Правилами;

9.5.2. у разі настання страхового випадку одержати від Страховика страхову виплату згідно з умовами Договору страхування;

9.5.3. при настанні страхового випадку вимагати надання кваліфікованої медичної допомоги згідно з умовами Договору страхування;

9.5.4. повідомляти Страховику про випадки ненадання медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги;

9.5.5. вносити зміни у Договір страхування згідно з **пунктом 18.2. Правил**;

9.5.6. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування згідно з **розділом 15 Правил**;

9.5.7. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком;

9.5.8. отримати дублікат Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) та Сервісної картки в разі їх втрати.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать цим Правилам і закону.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

10.1. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи потребує надання медичної допомоги, Застрахована особа (Страхувальник) звертається у Медичні заклади, передбачені Договором страхування, або безпосередньо до Страховика чи уповноваженого представника Страховика за адресою або телефонами, зазначеними у Договорі страхування та/або Сервісній картці, або діє іншим чином у порядку, передбаченому Договором страхування.

10.2. Медична допомога Застрахованій особі надається у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування. Страховик або уповноважений Представник Страховика може організувати надання медичної допомоги в іншому Медичному закладі, якщо це передбачено умовами Договору страхування. При цьому вибір Медичного закладу здійснюється Страховиком.

10.3. У випадках виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у Медичних закладах, які співпрацюють із Страховиком (уповноваженим Представником Страховика) (наприклад, при виявленні туберкульозу тощо), Страховик (уповноважений Представник Страховика) сприяє у направленні Застрахованої особи у спеціалізовані медичні заклади.

10.4. У випадку необхідності надання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до **пункту 10.1. Правил**, Застрахована особа може самостійно звернутися до Медичного закладу за отриманням медичної допомоги. В такому разі Застрахована особа, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити Страховика (його представника) про настання страхового випадку як тільки це стане можливим (але не пізніше 48 годин) з моменту звернення за швидкою (екстреною) медичною допомогою.

10.5. У разі, якщо Застрахована особа (Страхувальник) самостійно оплатила(в) вартість медичної допомоги за згодою зі Страховиком та якщо це передбачено умовами Договору страхування, для отримання страхової виплати вона (він) повинна(ен) звернутися до Страховика, надати Страховику заяву про страхову виплату та всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та понесені витрати, згідно з **розділом 11 Правил** та Договором страхування.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, зазначається у Договорі страхування.

11.2. Рішення про здійснення страхової виплати приймається Страховиком на підставі:

11.2.1. письмової заяви Застрахованої особи про страхову виплату або задокументованого звернення Застрахованої особи до Страховика (Представника Страховика) з приводу надання та оплати медичної допомоги;

11.2.2. примірнику або копії Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату),

11.2.3. копії документу, що посвідчує Застраховану особу, довідки (оригінал або належним чином завірена копія) про присвоєння Застрахованій особі податкового ідентифікаційного номера.

11.3. Якщо медична допомога Застрахованій особі була надана безпосередньо Медичним закладом, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, є:

11.3.1. оригінали або завірені належним чином копії медичної документації (консультативні висновки, копії або витяги з медичної картки амбулаторного чи стаціонарного хворого, листа тимчасової непрацездатності або довідки з медичного закладу);

11.3.2. рецепти на призначені лікарські засоби, а також інші засоби, що не зареєстровані в Україні як лікарські та не входять до Державного реєстру лікарських засобів України (в т.ч. БАДи, харчові добавки, соляні розчини тощо), використання яких дозволено відповідно до законодавства України»;

11.3.3. оригінали рахунків-фактур медичного закладу за надану Застрахованій особі медичну допомогу, звіти, акти виконаних робіт у формі встановленій за домовленістю з Страховиком.

11.4. Якщо організація надання і оплата медичної допомоги Застрахованій особі була здійснена уповноваженим Представником Страховика, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, є:

11.4.1. завірені належним чином копії медичної документації (консультативного висновку, витягу з медичної картки амбулаторного чи стаціонарного хворого, листа тимчасової непрацездатності або довідки з медичного закладу); завірені належним чином копії рецептів на призначені лікарські засоби, а також інші засоби, що не зареєстровані в Україні як лікарські та не входять до Державного реєстру лікарських засобів України (в т.ч. БАДи, харчові добавки, соляні розчини тощо), використання яких дозволено відповідно до законодавства України»;

11.4.2. звіти, акти виконаних робіт, копії оплачених уповноваженим Представником Страховика рахунків – фактур Медичних закладів за надану Застрахованій особі медичну допомогу;

11.4.3. копії платіжних документів з відмітками установи банку про оплату уповноваженим Представником Страховика медичної допомоги Застрахованій особі, виписки з банківського рахунку Представника Страховика.

11.4.4. звіт уповноваженого Представника Страховика за формою, встановленою договором про співпрацю з Страховиком, та оригінал рахунку-фактури згідно звіту.

11.5. Якщо згідно з умовами Договору страхування Застрахована особа або Страхувальник самостійно оплатила(в) вартість медичної допомоги, документами, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, є:

11.5.1. письмова заява Застрахованої особи (Страхувальника) про страхову виплату;

11.5.2. документ, що посвідчує Застраховану особу (Страхувальника - фізичну особу), або документи, що посвідчують Страхувальника – юридичну особу;

11.5.3. медична документація (консультативні висновки, копії або витяги з медичної картки амбулаторного чи стаціонарного хворого, із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати її звернення до Медичного закладу (лікаря), діагнозу, переліку і вартості наданих медичних послуг, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо), лист тимчасової непрацездатності або довідка з Медичного закладу;

11.5.4. рецепти на призначені лікарські засоби, а також інші засоби, що не зареєстровані в Україні як лікарські та не входять до Державного реєстру лікарських засобів України (в т.ч. БАДи, харчові добавки, соляні розчини тощо), використання яких дозволено відповідно до законодавства України», виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви,

кількості такого засобу, дати виписки рецепту, прізвища Застрахованої особи, з печаткою, прізвищем лікаря, який виписав рецепт, з відміткою аптеки про їх відпуск Застрахованій особі;

11.5.5. рахунки медичного закладу на оплату наданої Застрахованій особі медичної допомоги; платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Застрахованою особою / Страхувальником вартості наданої медичної допомоги;

11.5.6. у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи - доручення, видане Застрахованою особою (Страхувальником) довірений особі та документи, що її посвідчують;

11.5.7. у випадку отримання страхової виплати Вигодонабувачем – документи, що посвідчують його особу.

11.6. У разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку Страховику надається акт про нещасний випадок (за необхідністю), довідка з медичного закладу із зазначеним діагнозом та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього.

11.7. Страховик залишає за собою право у спірних випадках вимагати додаткові документи про настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, а також проведення додаткового медичного обстеження Застрахованої особи у визначених ним Медичних закладах.

11.8. Усі документи повинні бути розбірливо написані або надруковані на бланках та мати відповідні печатки та підписи, а також назву, адресу та контактний телефон установи (організації), що видала документ.

11.9. Усі документи надаються у формі оригінальних або нотаріально засвідчених примірників чи простих копій, за умови надання Страховику можливості звірки цих копій з оригінальним примірником документа.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюються Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) та страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

12.2. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), зазначеної (зазначеного) в Договорі страхування.

12.3. Якщо умовами Договору страхування передбачена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті, розмір Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) вираховується із суми страхової виплати.

12.4. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, можуть бути:

12.4.1. Медичний заклад, що надавав передбачену Договором страхування та Правилами медичну допомогу Застрахованій особі;

12.4.2. уповноважений Представник Страховика, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок Медичного закладу вартість медичної допомоги Застрахованій особі;

12.4.3. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком відповідно до умов Договору страхування самостійно оплатила вартість медичної допомоги, або відповідно до **п. 3.2.3 Правил**;

12.4.4. Страхувальник, який за погодженням зі Страховиком самостійно сплатив вартість медичної допомоги Застрахованій особі;

12.4.5. Вигодонабувач, призначений за Договором Застрахованою особою.

12.5. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку. Якщо Застрахованою особою є недієздатна особа, одержувачем страхової виплати є її законні представники.

12.6. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику, довірєній особі), Страхувальнику здійснюється Страховиком упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення Страхового акту) шляхом, зазначеним її одержувачем у заяві про страхову виплату, - на банківський рахунок Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника, довірєної особи) або поштовим переказом, готівкою через касу Страховика тощо.

12.7. Страхова виплата на рахунок Медичного закладу або уповноваженого Представника Страховика здійснюється у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.

12.8. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням або видатковим касовим ордером.

12.9. Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, розмір якої зазначається в Договорі страхування.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію, відповідно до укладених Страховиком угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

12.10. Страхова сума, зазначена в Договорі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

12.11. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором страхування стосовно Застрахованої особи.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Рішення про страхову виплату або відмову у виплаті приймається Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів, якщо інший строк не передбачено Договором страхування, і оформляється страховим актом за формою, встановленою Страховиком.

13.2. Якщо неможливо встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, або існують обґрунтовані сумніви щодо їх достовірності, Страховик продовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ (медичних закладів, правоохоронних органів, тощо), висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування.

13.3. Про відмову у здійсненні страхової виплати або прийняття рішення про відстрочку виплати Страховик письмово повідомляє Страхувальника протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення з викладенням мотивації прийняття рішення або обґрунтуванням причин відмови.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у разі:

14.1.1. навмисних дій Страхувальника (Застрахованої особи), якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій

Страховальника (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

14.1.2. вчинення Страховальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. подання Страховальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

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

14.1.5. невиконання Страховальником своїх обов'язків за Договором страхування;

14.1.6. відмови Застрахованої особи від обстеження та лікування, що організовані Страховиком, після настання страхового випадку;

14.1.7. інших випадків, передбачені законом.

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

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

15.1.1. закінчення строку дії;

15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником у повному обсязі;

15.1.3. несплати Страховальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страховальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

15.1.4. ліквідації Страховальника – юридичної особи або смерті Страховальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України “Про страхування”.

15.1.5. ліквідації Страховика в порядку, встановленому чинним законодавством;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. за ініціативою Страховика або Страховальника;

15.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Якщо Страховальник прострочив внесення страхового платежу і не сплатив його протягом 10 (десяти) робочих днів після пред'явлення Страховиком письмової вимоги про сплату страхового платежу, Страховик може відмовитися від Договору страхування (достроково припинити дію Договору страхування), якщо інше не встановлено Договором страхування.

15.3. Страховальник або Страховик зобов'язаний повідомити іншу сторону про свій намір відмовитися від Договору страхування (достроково припинити дію Договору страхування) не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дня припинення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

Якщо вимога Страховальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

15.5. У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика, він повертає Страховальникові сплачені ним страхові платежі повністю.

Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страховальником умов Договору страхування, Страховик повертає Страховальникові страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених Страховиком страхових виплат.

15.6. Дія Договору не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори за Договором страхування між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

16.2. Якщо Страховик та Страхувальник під час переговорів не дійшли згоди, подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.1. За невиконання або неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування сторони несуть відповідальність відповідно до закону.

17.2. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку Страховик сплачує одержувачу виплати пеню, у розмірі, передбаченому Договором страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Положення, які не врегульовані в цих Правилах, регулюються чинним законодавством України.

18.2. За згодою Страховика і Страхувальника, до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, що не суперечать законодавству України та цим Правилам, виходячи з конкретних умов страхування.

18.3. Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються письмово у вигляді додаткових угод до Договору страхування, які є його невід'ємною частиною.

18.4. Всі повідомлення та відомості, що направляються сторонами Договору страхування одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані / повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою тощо з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним.

18.5. Всі розрахунки сторони здійснюють згідно із законодавством України. Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію відповідно до укладених угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

19. БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

19.1. При страхуванні на умовах Базових програм добровільного медичного страхування (Додаток 1 до Правил) застосовуються базові річні страхові тарифи, наведені у Таблиці №1:

Таблиця №1.

№ п/ п	Базова програма добровільного медичного страхування	Тариф, % страхової суми
1.	«Амбулаторно-поліклінічна допомога»	3,6
2.	«Стаціонарна допомога»	1,7
3.	«Швидка та невідкладна медична допомога»	0,5

4.	«Стоматологічна допомога»	20,0
5.	«Медикаментозне забезпечення»	15,0
6.	«Реабілітація»	19,0
7.	«Ведення вагітності та пологи»	25
8.	«Медичний сервіс»	25

В залежності від конкретних умов Договору страхування до базових річних страхових тарифів, наведених у Таблиці №1, застосовуються підвищуючі або понижуючі коефіцієнти від 0,005 до 7,0.

19.2. За Договорами страхування, укладеними на строк до 1 (одного) року, (короткострокове страхування), страховий тариф за Договором страхування розраховується за формулою:

$$T = PT \times K, \text{ де}$$

T - страховий тариф за Договором страхування,

PT – річний страховий тариф, обчислений згідно **пункту 19.1. Правил;**

K – коефіцієнт короткостроковості, що обирається за Таблицею №2 залежно від кількості місяців строку дії Договору страхування (при цьому неповний місяць приймається за повний):

Таблиця №2

Строк страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
K	до 0,30	до 0,40	до 0,50	до 0,60	до 0,65	до 0,70	до 0,75	до 0,80	до 0,85	до 0,90	до 0,95	до 1,0

Норматив витрат на ведення справи не перевищує 75%.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ

1. «Амбулаторно-поліклінічна допомога»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну амбулаторно-поліклінічну допомогу, що включає:

супровід Застрахованої особи довіреним лікарем;
динамічне спостереження лікаря-терапевта;
консультації лікарів всіх спеціальностей;
візит лікаря додому або в офіс;
діагностичне обстеження;
забезпечення медикаментозними засобами за призначенням лікаря з доставкою, при необхідності, за місцем призначення;
терапевтичне, хірургічне, фізіотерапевтичне лікування в умовах поліклініки;
стаціонар на дому,
профілактичні заходи - диспансеризацію, вакцинацію, вітамінотерапію тощо;
нетрадиційні методи лікування (гомеопатію, фітотерапію, голкорексфлексотерапію та ін.);
видачу листа непрацездатності, ведення амбулаторної картки, оформлення іншої медичної документації.

2. «Стаціонарна допомога»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює організацію надання страхову виплату за надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі у Медичних закладах відповідного профілю, що включає:

госпіталізацію при гострому захворюванні, травмі, отруєнні та іншому розладі здоров'я по швидкій допомозі;
госпіталізацію при загостренні хронічних захворювань в плановому порядку;
діагностичне обстеження, консультації лікарів всіх спеціальностей;
терапевтичне та хірургічне лікування;
знеболювання, наркоз,
фізіотерапевтичне лікування;
надання високо спеціалізованої медичної допомоги;
лікування у денних стаціонарах;
забезпечення лікарськими засобами стаціонарного лікування;
забезпечення медикаментозними засобами, необхідними для стаціонарного лікування, у випадку їх відсутності у Медичному закладі;
забезпечення комфортних готельних послуг (вартість перебування у палаті "люкс", "напівлюкс", одно- чи двомісній);
забезпечення харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у Медичному закладі, або забезпечення харчування, додаткового до нормативного (за погодженням із Страховиком).

3. «Швидка та невідкладна медична допомога»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу виїзними бригадами швидкої медичної допомоги, що включає:

виклик бригади швидкої медичної допомоги через уповноваженого Представника Страховика;
виїзд спеціалізованих бригад швидкої допомоги;

надання швидкої та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
забезпечення медикаментозними засобами в умовах швидкої допомоги;
діагностику в умовах швидкої допомоги;
транспортування для подальшої госпіталізації в Медичний заклад.

4. «Стоматологічна допомога»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі стоматологічну допомогу, що включає:

огляд, консультацію лікаря-стоматолога;

діагностику (рентген та ін.) за призначенням лікаря;

знеболювання;

терапевтичне та/або хірургічне лікування при стоматологічних захворюваннях;

накладання тимчасових та постійних пломб з використанням сучасних стоматологічних технологій;

реставрацію зубів;

зняття зубного каменю з лікувальною метою;

За погодженням Страховика і Страхувальника на спеціальних умовах, обумовлених Договором страхування, в Програму можуть бути включені протезування зубів, імплантація та ортодонція, відбілювання зубів.

5. «Медикаментозне забезпечення»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надане Застрахованій особі медикаментозне забезпечення, що включає:

забезпечення медикаментами, а також одноразовими засобами медичного призначення відповідно до лікарських призначень у разі амбулаторного лікування;

забезпечення медикаментозними засобами, необхідними для стаціонарного лікування, у випадку їх відсутності у Медичному закладі;

доставка медикаментів у разі необхідності за місцем призначення (додому, в офіс, в медичний заклад);

формування та поповнення офісної аптечки.

6. «Реабілітація»

При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу після перенесених важких (гострих та загострених хронічних) захворювань в умовах поліклініки, стаціонару чи санаторію з використанням медикаментозного, фізіотерапевтичного лікування та нетрадиційних методів лікування, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності Застрахованої особи, що включає:

лікувальну фізкультуру;

водо- та бальнеотерапію;

оздоровчий масаж (класичний, точковий, сегментарний);

лікувальну сауну;

мануальну терапію;

механотерапію;

лазеро- та магніто- терапію;

електролікування;

фітотерапію, тощо.

7. «Ведення вагітності та пологи»

Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу при нормальному перебігу вагітності, ускладненнях вагітності, фізіологічних та патологічних пологах.

За програмою «ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ» Застрахованими особами можуть бути мати та новонароджена дитина віком до 7 (семи) днів.

8. «Медичний сервіс»

Страховик здійснює страхову виплату за надані Застрахованій особі додаткові послуги впродовж перебування її в стаціонарі:

перебування в палаті підвищеного комфорту;

надання окремої особи з числа молодшого чи середнього медичного персоналу (медична сестра, няня) для постійного спостереження та проведення необхідних маніпуляцій Застрахованій особі;

додаткове харчування,

медичне транспортування, тощо.

Прошито, пронумеровано, печаткою скріплено
21 (двадцять одна) сторінка

Голова Правління
ПРАТ «СК «УНІВЕРСАЛІНА»

Музичко О.В. /
«21» вересня 2023 р.

