



ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова правління
ЗАТ „Страхова компанія „В. і П.“

В.С.Ковальчук

29 травня 2006 р.

№ 17

ПРАВИЛА

ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ МЕДИЧНИХ ВИТРАТ

м. Київ – 2006 р.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил Закрите акціонерне товариство „Страхова компанія „В. і П.” (надалі Страховик) укладає Договори добровільного страхування медичних витрат громадян з дієздатними фізичними особами та юридичними особами, незалежно від форми власності та виду їх діяльності (надалі Страхувальники).

1.2. Страхувальники мають право укласти Договори страхування власних медичних витрат або медичних витрат третіх осіб (за їх згодою).

У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування власних медичних витрат, він одночасно є Застрахованою особою.

Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

1.3. **Застрахованою особою** може бути фізична особа віком від 1 до 70 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

1.4. **Медичний заклад** - заклад охорони здоров'я будь якої форми власності і форми організаційного управління, який має дозвіл (ліцензію) на здійснення такої діяльності, що видається в порядку, передбаченому чинним законодавством України, та надає Застрахованим особам медичну допомогу та медичні послуги на основі професійної діяльності медичних працівників.

Відповідний медичний заклад - медичний заклад з яким сервісною компанією (представник Страховика) укладено Угоду про співробітництво стосовно надання медичної допомоги Застрахованим особам.

1.5. **Медична допомога** – комплекс заходів (медичний огляд, діагностика, лікування, профілактичні заходи та інші види медичних послуг), спрямованих на оздоровлення та лікування людей у зв'язку з розладом їх здоров'я, що здійснюються професійно підготовленими працівниками.

1.6. **Сервісна компанія (асістанська компанія)** – діє від імені Страховика і за його дорученням організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку (далі представник Страховика).

Найменування, місцезнаходження, номери телефонів і факсів представника Страховика зазначаються в Договорі страхування.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1 **Об'єктом страхування** за цими Правилами є майнові інтереси Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать чинному законодавству України, пов'язані з витратами на одержання медичної допомоги внаслідок настання страхового випадку.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

Страховими ризиками є:

- нещасний випадок;
- раптове захворювання;
- смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання.

3.2. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (її частини) Застрахованій особі.

Страховими випадками за цими Правилами є :

3.2.1. **Нещасний випадок**, що стався зі Застрахованою особою та потребує невідкладної медичної допомоги.

Під нещасним випадком розуміється будь-яка раптова, несподівана, непередбачена подія, що спричинила тілесні ушкодження та внаслідок якої настав розлад здоров'я або смерть Застрахованої особи, а саме:

- а) травма;
- б) утоплення;

- в) опіки, ураження блискавкою або електричним струмом;
- г) обмороження, переохолодження;
- д) випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками;
- е) укуси тварин, отруйних комах, змій.

3.2.2. *Раптове захворювання* Застрахованої особи, що потребує невідкладної медичної допомоги.

Раптовим захворюванням вважається несподіване погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, що загрожує її життю.

3.3. *Екстреним випадком* вважається нещасний випадок або раптове захворювання, які пов'язані з ризиком для життя Застрахованої особи, підтвержені документами відповідних медичних закладів або компетентних органів, але з настанням якого об'єктивно не було можливості повідомлення Страховика (представника Страховика) про його настання.

4. ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ ТА ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ

4.1. *Не укладаються* Договори страхування медичних витрат осіб :

- а) визнаних у встановленому порядку недієздатними;
- б) інвалідів будь-якої групи;
- в) які на час укладання Договору страхування мають захворювання серцево-судинної системи, а також стоять на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних, ендокринологічних диспансерах, центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

4.2 *Страховик не несе відповідальності* за Договором страхування і не відшкодовує витрати:

- на медичне обслуговування або лікування Застрахованої особи, що не є невідкладним і призначене не внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку;
- пов'язані з наслідками нещасних випадків, що спровоковані Застрахованою особою навмисно, а також спричинені спробою самогубства з її сторони;
- пов'язані з хронічним, нервовим або психічним захворюванням, а також із депресією;
- на лікування онкологічних захворювань;
- на лікування уроджених захворювань;
- на лікування цукрового діабету;
- на діагностику та лікування венеричних захворювань, ВІЛ інфекцій, включаючи СНІД, будь-яких інших захворювань, що передаються статевим шляхом, а також захворювань, що є їх наслідком;
- пов'язані з вагітністю та її наслідками або ускладненнями, зокрема: пологи, аборт (за винятком випадків, коли проведення абортів було необхідним у зв'язку з нещасним випадком або раптовим захворюванням);
- пов'язані з пластичною хірургією та протезуванням, включаючи зубне, очне, ортопедичне, придбанням протезів та ортопедичних апаратів, оптичних коректорів зору: окулярів, оправ та лінз до них тощо;
- на водолікування, геліотерапію, косметичне лікування;
- на щеплення;
- на лікування зубів, крім випадків лікування гострого зубного болю (в межах до 100 гривень);
- на лікування нетрадиційними методами.

4.2. *Не відшкодовуються витрати* за надання медичної допомоги, якщо вони виникли внаслідок:

- вчинення Застрахованою особою навмисних або неправомірних дій, які стали причиною настання страхового випадку;

- дій Застрахованої особи в стані алкогольного сп'яніння або під впливом наркотичних чи токсичних речовин, а також лікарських препаратів, що вживались без призначення лікаря;
- опіків, отриманих від засмаги на сонці;
- навмисного заподіяння собі Застрахованою особою тілесних ушкоджень;
- заняття Застрахованою особою будь-яким видом спорту, якщо це не передбачено Договором страхування;

- транспортної пригоди під час керування Застрахованою особою будь-яким наземним, повітряним або водним транспортним засобом без відповідної підготовки та документів на право керування, а також якщо Застрахована особа передала керування цим транспортним засобом особі, що знаходилась у стані алкогольного сп'яніння, під впливом наркотичних чи токсичних речовин, у хворобливому стані, стані стомлення, під впливом лікарських препаратів, що знижують швидкість реакції і увагу або не мала відповідного посвідчення для керування транспортним засобом;

- хвороби, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування;

- захворювань, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних чи токсичних речовин, лікарських препаратів без призначення лікаря, самолікування;

- військових дій та їх наслідків, бунтів, народних заворушень, страйків, повстань, терористичних актів і диверсій;

- радіаційного, хімічного та бактеріологічного уражень;

- епідемій, забруднення навколишнього середовища та стихійного лиха;

- протизаконних дій (бездіяльності) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів.

4.3. *Страховик та представник Страховика не несуть відповідальності за затримку й порушення виконання договірних зобов'язань у результаті страйків, бунтів, народних повстань, обмежень вільного пересування людей, диверсій, терористичних актів, громадянської війни або війни з іноземною державою, забруднення навколишнього середовища (в т.ч. радіоактивного забруднення), стихійних лих або інших непередбачених або надзвичайних обставин.*

5. СТРАХОВА СУМА. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ.

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

Страхова сума встановлюється у розмірі **3 000,00** або **5 000,00** або **10 000,00** гривень.

5.2. *Страховий платіж* – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

Розміри страхових платежів залежать від розміру страхової суми і терміну страхування та наведені в Таблиці № 1 Додатку № 2 до цих Правил.

Страховий платіж сплачується Страхувальником у грошовій одиниці України одноразово шляхом перерахування на поточний рахунок Страховика.

6. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. *Договір страхування* – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхової суми (її частини) на оплату вартості наданих Застрахованій особі медичних послуг в обсязі та на умовах Програми страхування (Додаток № 1), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом.

6.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

6.3. Якщо Страхувальником є юридична особа, до Договору страхування додається список Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, ім'я, по батькові, адреси, дати народження, ідентифікаційного номера та розміру страхової суми для кожної Застрахованої особи. Список підписується керівником юридичної особи та засвідчується печаткою. Список є невід'ємною частиною Договору страхування. За згодою між Страхувальником і Страховиком кожній Застрахованій особі може видаватись окремий страховий поліс.

6.4. Страховик може запросити інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, на користь якої укладається Договір страхування.

6.5. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожної із Сторін.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір страхування укладається строком від 1 місяця до 1 року, за винятком пп.13.3. та 13.4, де договір добровільного страхування медичних витрат громадян під час подорожі по території України укладається строком від 1 дня до 1 року.

7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту надходження страхового платежу на поточний рахунок Страховика, якщо інше ним не передбачено.

7.3. Договір страхування діє на території України, якщо інше ним не передбачено.

7.4. Страховик може встановити обмеження дії Договору страхування:

- за територією;
- за віком Застрахованої особи;
- інші обмеження за згодою Сторін.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. *Страховик зобов'язаний:*

8.1.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

8.1.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення виплати або страхового відшкодування страхувальнику.

8.1.3. При отриманні повідомлення про настання страхового випадку зробити все можливе щодо оперативного надання медичної та іншої допомоги, координувати дії своїх представників у межах власних повноважень.

8.1.4. При наявності всіх необхідних документів та відсутності необхідності додаткового обстеження Страхувальника здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення виплати страхової суми (її частини) шляхом сплати Застрахованій особі пені, розмір якої визначається умовами Договору страхування.

8.1.5. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застраховану особу) та його майновий стан, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.2. *Страховик має право:*

8.2.1. Самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності звертатися до відповідних установ (правоохоронних органів, медичних закладів та інших підприємств і організацій), що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

8.2.2. У разі появи обґрунтованих сумнівів щодо обставин та причин страхового випадку, відкласти страхову виплату до з'ясування причин та обставин його настання на термін, який не може перевищувати 30 днів.

У разі порушення кримінальної справи у відношенні Застрахованої особи за фактом подій, що призвели до його травмування або іншого розладу здоров'я – до моменту прийняття відповідного рішення компетентними органами.

Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки та права Страховика.

8.3. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

8.3.1. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про зміну страхового ризику. Страхувальник несе відповідальність за достовірність наданих ним даних.

8.3.2. Сплатити страховий платіж у сумі і строки, визначені Договором страхування.

8.3.3. Підтвердити факт ознайомлення з умовами страхування підписом на Договорі страхування.

8.3.4. Повідомити Страховика про зміну місця постійного проживання.

8.3.5. Повідомити Страховика (представника Страховика) про настання страхового випадку у термін, передбачений Договором страхування, із зазначенням причини та обставин його настання.

8.3.6. Дотримуватись рекомендацій представника Страховика та виконувати вимоги медичних працівників щодо режиму лікування та правил внутрішнього розпорядку медичного закладу протягом надання Застрахованій особі медичної допомоги, за винятком випадків, коли такі призначення, на думку Застрахованої особи, або його близьких, можуть зашкодити її здоров'ю. Такі випадки повинні бути обґрунтовані та узгоджені із представником Страховика.

8.3.7. Не створювати свідомого ризику для погіршення чи ускладнення стану свого здоров'я.

8.3.8. Надавати лікарю-експерту представника Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду, у разі виникнення у нього сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи.

8.3.9. Повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо даного об'єкта страхування.

8.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.4.1. Ознайомитись з умовами та Правилами страхування.

8.4.2. Одержувати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування.

8.4.3. На одержання медичної допомоги в обсязі та на умовах Програми страхування, зазначеної у Договорі страхування.

8.4.4. У разі екстреного випадку, вимагати компенсації витрат за надану медичну допомогу на умовах, зазначених у Договорі страхування.

8.4.5. У разі відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування звернутися з обґрунтованими претензіями і вимогою повторної перевірки протягом 30 днів після одержання відмови.

8.4.6. На одержання дублікату Договору страхування у разі його втрати.

8.4.7. Умовами Договору можуть бути передбачені також інші обов'язки та права Страхувальника (Застрахованої особи).

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

9.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа, незалежно від свого місцезнаходження, повинна протягом 24 годин (за винятком непередбачених або надзвичайних обставин: наприклад, знаходилась у непритомному стані тощо) звернутись за допомогою до представника Страховика у будь-який час доби, за телефоном, вказаним у Договорі страхування, або доручити зробити це іншій особі.

При зверненні до представника Страховика Застрахована особа повинна назвати номер Договору страхування, прізвище, ім'я та по батькові, номер телефону і адресу, за якою вона перебуває, причини та обставини настання страхового випадку, а також яка медична допомога їй необхідна.

9.2. Якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє їй відразу звернутись до представника Страховика (*екстрений випадок*) і її госпіталізовано до найближчого медичного закладу для термінового надання невідкладної медичної допомоги, вона повинна повідомити

представника Страховика про своє місцезнаходження будь-якими можливими засобами відразу, як це стане можливим.

У цьому випадку представник Страховика має право прийняти рішення щодо подальшого лікування Застрахованої особи в медичному закладі, до якого вона звернулася або була доставлена, чи можливості переведення її в інший, відповідний медичний заклад. Представник Страховика організовує, а Страховик оплачує витрати на транспортування Застрахованої особи до відповідного медичного закладу.

Якщо переведення Застрахованої особи до відповідного медичного закладу за медичними показниками є доцільним, а Застрахована особа відмовляється від нього, Страховик має право припинити оплату медичних послуг, що надаються Застрахованій особі.

10. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ВИПЛАТИ СТРАХОВОЇ СУМИ (ЇЇ ЧАСТИНИ)

10.1. При настанні страхового випадку і за умови виконання Застрахованою особою умов, зазначених у п.9.1. цих Правил, Страховик, в межах страхової суми, відшкодовує через свого представника (Сервісну компанію) безпосередньо на рахунок відповідного медичного закладу виправдані витрати за надання невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі в обсязі та на умовах Програми страхування, а саме:

- надання швидкої (невідкладної) медичної допомоги;
- надання амбулаторної медичної допомоги;
- надання стаціонарної медичної допомоги;
- покриття витрат на купівлю необхідних медикаментів для усунення гострого розладу здоров'я за виписаними рецептами лікарів;
- перевезення Застрахованої особи до іншого медичного закладу або до місця проживання;
- репатріація тіла Застрахованої особи з медичного закладу до місця поховання (без оплати на поховання).

10.2. При наданні медичної допомоги без участі представника Страховика (*екстрений випадок*) та оплаті витрат на лікування особисто Застрахованою особою, Страховик відшкодовує суму цих витрат Застрахованій особі за умови, якщо вона не пізніше 30 днів з дня закінчення строку страхування, надала Страховику:

- заяву про виплату страхової суми (її частини);
- Договір страхування;
- довідку з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом, за підписом головного лікаря, закріпленого печаткою) в якій вказано медичний діагноз, дата звернення та тривалість лікування, результати медичного обстеження з підтвердженням невідкладності допомоги, перелік наданих послуг з розбивкою їх за датами та вартістю;
- рахунки за надання спеціалізованого транспорту;
- рахунки медичного закладу, засвідчені печатками, де вказано його адресу, контактні телефони;
- документи, що підтверджують факт оплати за лікування, медикаменти (штамп про оплату, розписка про отримання грошей, банківська квитанція із зазначеною сумою на переказ, чек тощо).

У разі нещасного випадку додатково повинні бути надані:

- Акт про нещасний випадок невинного характеру (форма НТ (невинний травматизм), затверджена Постановою КМ України № 270 від 22.03.2001 р.) або довідка компетентних органів про нещасний випадок, що трапився, з описом причин та обставин його настання.

10.3. Страховик має право вимагати також інші документи, необхідні йому для вирішення питання про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) та визначення розміру збитків, а також на свій розсуд зменшити вимоги до вищевказаних документів.

10.4. Рішення про виплату або відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 10 робочих днів після отримання всіх необхідних документів (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням діагнозу та тривалості лікування, перелік проведених процедур та заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість, тощо).

10.5. У разі прийняття рішення про виплату страхової суми (її частини), Страховик складає розрахунок суми страхової виплати і протягом 5 (п'яти) робочих днів перераховує її за реквізитами, вказаними Застрахованою особою у заяві на виплату.

10.6. У разі прийняття рішення про відмову у виплаті страхової суми (її частини), Страховик письмово, з обґрунтуванням причин, повідомляє про це Застраховану особу.

10.7. Страховик здійснює страхові виплати в межах страхових сум, визначених конкретним Договором страхування.

Загальна сума виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування.

10.8. Підставою для відмови Страховика у виплаті страхової суми (її частини) є:

10.8.1. Навмисні дії Застрахованої особи (Страхувальника), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація таких дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

10.8.2. Вчинення Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

10.8.3. Подання Страхувальником неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

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

10.8.5. Інші випадки, передбачені законодавством України.

10.9. Умовами Договору страхування можуть бути також передбачені інші підстави для відмови в здійсненні виплати страхового відшкодування, якщо це не суперечить законодавству України.

11. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

- закінчення строку його дії;
- виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;
- несплати Страхувальником страхового платежу у встановлені Договором страхування строки;
- смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;
- ліквідації Страховика в порядку, встановленому законодавством України;
- прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;
- у інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

11.2. 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 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

11.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника 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, фактичних виплат страхового відшкодування, 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.

11.4. У разі дострокового припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то 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, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

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

11.6. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України та ст. 29. Закону України „Про страхування”.

12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

12.1. Усі спори, які можуть виникнути між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) за Договорами страхування розв'язуються шляхом переговорів, а у разі не досягнення згоди - у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

13. ОСОБЛИВІ УМОВИ

13.1. Відповідно до цих Правил також укладаються Договори добровільного страхування медичних витрат громадян під час подорожі по території України.

13.2. Страхувальником може бути фізична особа – представник бюро подорожей або керівник групи подорожуючих осіб, який зобов'язаний надати список Застрахованих осіб відповідно до п.6.3. цих Правил страхування.

Подорожуючі особи вважаються застрахованими за Програмою А, якщо інше не передбачено Договором страхування.

13.3. Укладені Договори добровільного страхування медичних витрат громадян під час подорожі по території України діють на території України, за винятком місця постійного проживання Застрахованої особи, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Місцем постійного проживання в Україні вважається територія області, в якій розташоване місто (село, селище міського типу тощо), де фактично постійно проживає Застрахована особа.

13.4. Договір страхування укладається на строк від 1 дня до 1 року. Кількість поїздок протягом дії Договору страхування не обмежена.

13.5. У разі організованої колективної подорожі, Страховику крім документів, вказаних у п.10.2., надається Акт про настання страхового випадку, складений представником бюро подорожей або керівником групи, у якому зазначається прізвище, ім'я та по батькові Застрахованої особи, яка потребувала невідкладної медичної допомоги, а також місце, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

13.6. Розмір страхових платежів для подорожуючих по Україні вказано у Таблиці № 2 Додатку № 2 до цих Правил страхування.

14. ІНШІ УМОВИ

14.1. Усі доповнення та зміни по Договору страхування дійсні, якщо вони виконані у письмовій формі та підписані уповноваженими представниками Сторін.

14.2. Зміни та доповнення до цих Правил в обов'язковому порядку узгоджуються з Державною комісією з регулювання ринків фінансових послуг України.

ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

Програма А

1.1. За цією Програмою страхування Застрахованій особі гарантується оплата отриманих нею медичних послуг.

1.1.1. Швидка (невідкладна) медична допомога:

- виклик лікаря або спеціалізованої бригади швидкої (невідкладної) медичної допомоги через представника Страховика до місця перебування Застрахованої особи, у якої внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання стався гострий розлад здоров'я;
- надання Застрахованій особі медичної допомоги (лікувальні маніпуляції) на місці її перебування в обсязі, необхідному за медичними показниками на догоспітальному рівні;
- транспортування Застрахованої особи спеціалізованою бригадою швидкої (невідкладної) медичної допомоги до відповідного медичного закладу для надання подальшої медичної допомоги в разі, якщо загроза для її життя чи здоров'я зберігається;

1.1.2. Амбулаторна медична допомога:

- амбулаторна медична допомога у випадку, якщо наслідки нещасного випадку або раптового захворювання у Застрахованої особи можуть бути усунені в умовах поліклінічного відділення відповідного медичного закладу (наприклад, усунення гострого зубного болю, інших больових синдромів: забій, радикуліт тощо, послуги травматологічного пункту).

1.1.3. Стаціонарна медична допомога:

- термінова госпіталізація Застрахованої особи в профільний стаціонарний медичний заклад, який оснащений необхідним обладнанням, приладами, медикаментами та лікарськими препаратами, що необхідні для надання високоякісної стаціонарної медичної допомоги; послуги кваліфікованого персоналу;
- медичне обстеження Застрахованої особи, направлене на виявлення причин, що безпосередньо призвели до розладу здоров'я, а також їх наслідків, які можуть представляти загрозу для життя і здоров'я;
- стаціонарна медична допомога Застрахованій особі в умовах відповідного медичного закладу, яка включає проведення невідкладних (ургентних) оперативних втручань, маніпуляцій, інтенсивну терапію, лікування виражених больових синдромів, медикаментозну терапію тощо.

Страховик залишає за собою право сплачувати лікування в лікарні до того часу, поки мине необхідність у стаціонарному лікуванні або стан здоров'я Застрахованої особи, що визначається лікарем, який її лікує та представником Страховика, дозволить продовження лікування Застрахованої особи в амбулаторних умовах;

1.1.4. Покриття витрат на купівлю за рецептами лікарів необхідних медикаментів, необхідних для усунення гострого розладу здоров'я Застрахованої особи.

1.1.5. Перевезення Застрахованої особи з медичного закладу, в який вона звернулася або була доставлена без погодження з представником Страховика, до відповідного медичного закладу в тому випадку, якщо в лікувальній установі, де перебуває Застрахована особа, немає можливостей для надання адекватної медичної допомоги.

1.1.6. Постійний контроль зі сторони координатора представника Страховика з моменту першого звернення Застрахованої особи до закінчення лікувальних процедур.

Програма В

2.1. За цією Програмою страхування Застрахованій особі гарантується оплата отриманих нею медичних послуг, зазначених у Програмі А, а також додатково:

2.1.1. Поліклінічне обслуговування:

- інструментальна діагностика – УЗО;
- функціональна діагностика.

2.1.2. Покриття витрат на транспортування Застрахованої особи до місця постійного проживання; послуги санітарної авіації або спеціально оснащеного для цієї мети автомобіля. Транспортування здійснюється тільки в тому випадку, коли за медичними показниками Застрахована особа не може самостійно дістатися до місця постійного проживання (наприклад, існує можливість виникнення рецидивів захворювання, неможливість самостійного пересування тощо).

2.1.3. Покриття витрат на репатріацію тіла Застрахованої особи, включаючи підготовку всіх супроводжуючих документів, з медичного закладу до місця поховання (без оплати на поховання) у випадку її смерті під час знаходження на лікуванні в медичному закладі.

**БАЗОВІ СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ
добровільного страхування медичних витрат**

Таблиця № 1
(у грн.)

Строк страхування	Страховий платіж при страховій сумі:			
	Програма А			Програма В
	3 000,00	5 000,00	10 000,00	10 000,00
30 днів	10,00	18,00	35,00	45,00
60 днів	20,50	35,50	69,00	90,00
90 днів	31,00	53,00	103,00	135,00
120 днів	41,50	70,50	137,00	180,00
150 днів	52,00	88,00	171,00	225,00
180 днів	62,50	105,50	205,00	270,00
210 днів	73,00	123,00	239,00	315,00
240 днів	83,50	140,00	273,00	360,00
270 днів	94,00	157,50	307,00	405,00
300 днів	104,50	175,00	341,00	450,00
330 днів	115,00	192,50	375,00	495,00
365 днів	125,50	210,00	409,00	540,00

**БАЗОВІ СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ
добровільного страхування медичних витрат
громадян під час подорожі по території України**

Таблиця № 2
(у грн.)

Строк страхування	Страховий платіж при страховій сумі:		
	3 000,00	5 000,00	10 000,00
до 3 днів	2,00	3,00	5,70
до 5 днів	3,00	4,50	8,50
до 7 днів	4,50	6,75	12,00
до 10 днів	6,00	9,00	17,00
до 15 днів	7,50	11,50	21,00
до 21 дня	9,50	14,00	26,50
до 30 днів	11,00	19,00	36,00
60 днів	21,00	36,00	68,50
90 днів	32,00	54,50	103,50
120 днів	43,00	73,00	139,00
150 днів	54,00	92,00	175,00
180 днів	65,00	110,50	210,00
210 днів	76,00	129,00	245,00
240 днів	87,00	148,00	281,00
270 днів	98,00	166,50	316,00
300 днів	109,00	185,00	351,50
330 днів	120,00	204,00	387,50
365 днів	130,00	220,00	418,00

1. При страхуванні дітей віком до 5 років та осіб понад 60 років застосовується надбавка до страхового платежу в розмірі 30,0 відсотків.

2. При страхуванні сім'ї від трьох осіб (сімейний поліс) застосовується знижувальний коефіцієнт 0,97 до страхового платежу.

3. При колективному страхуванні застосовується знижувальний коефіцієнт до страхового платежу в таких розмірах:

для групи від 10 до 20 чоловік – 0,95;

для групи від 21 до 40 чоловік – 0,90;

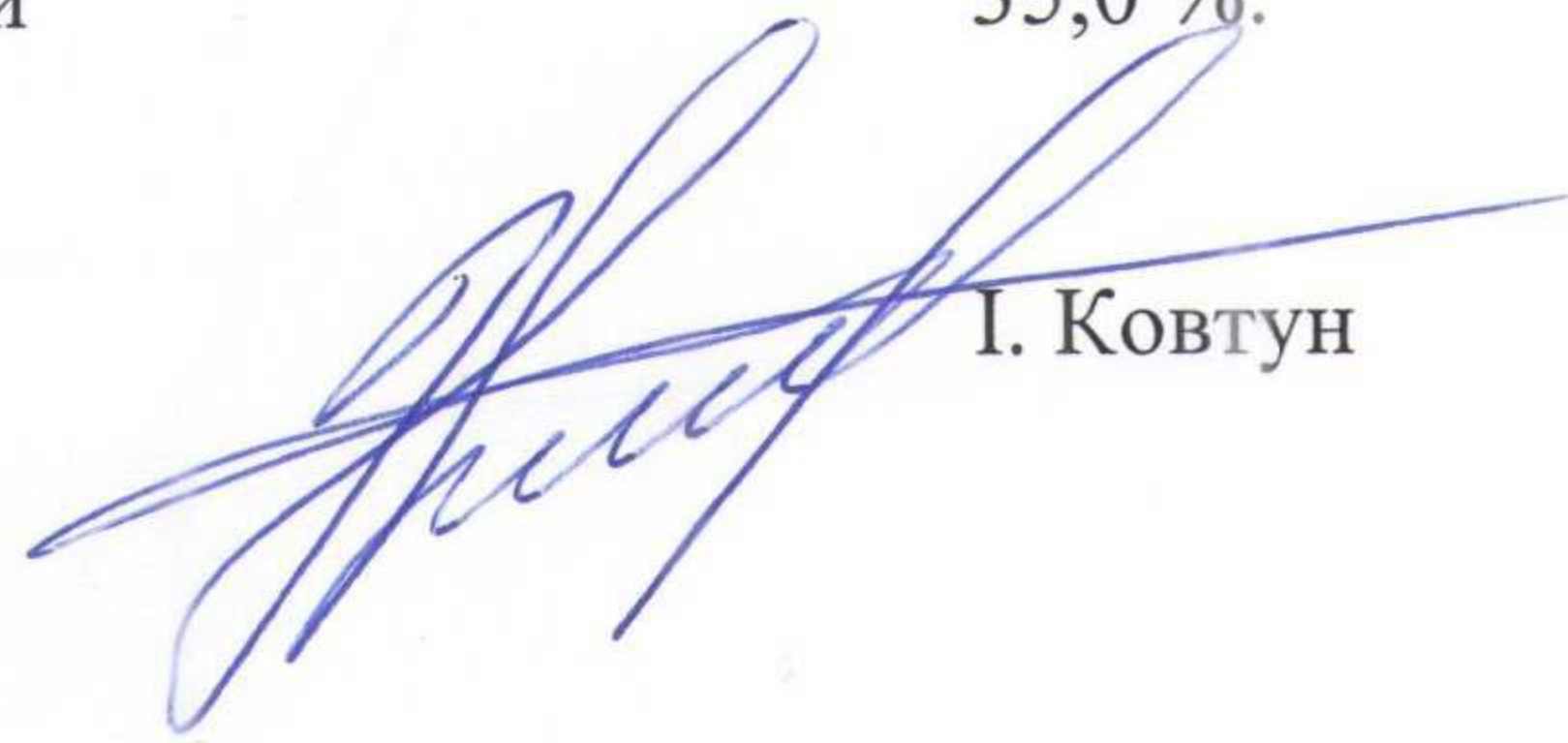
для групи понад 40 чоловік – 0,85.

4. В окремих випадках Страховик залишає за собою право підвищити розмір страхового платежу або знизити його залежно від ступеня ризику (умови перебування на території України, звички до активного відпочинку, тощо) та окремих умов Договору страхування (введення додаткових виключень із страхових випадків тощо). При цьому застосовуються **підвищувальні від 1,0 до 3,0 та знижувальні від 0,99 до 0,5 коефіцієнти.**

Норматив витрат на ведення справи

35,0 %.

Актуарій
(диплом № 018 від 17.09.1999 р.)



I. Ковтун

Державна комісія з регулювання ринків
фінансових послуг України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Дир. Департа. страх. номесуду
Найменування посади

Підпис

Прізвище, ініціали і
ім'я

11.04.2006

Дата

2161858

Реєстраційний номер



14 (вда. інформ. з'яв. мб)

Пронумеровано, прошнуровано
та скріплено печаткою