



НАЦІОНАЛЬНИЙ БАНК УКРАЇНИ

Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності
ринків небанківських фінансових послуг

Р І Ш Е Н Н Я

від 02 липня 2021 р.

м. Київ

№ 21/1760-ПК

Про реєстрацію правил страхування АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА “СТРАХОВА КОМПАНІЯ “ПОІНТ” у новій редакції

За результатами розгляду доповідної записки Департаменту ліцензування щодо результатів розгляду пакета документів, поданого для реєстрації правил страхування АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА “СТРАХОВА КОМПАНІЯ “ПОІНТ” (далі – АТ “СК “ПОІНТ”) (код за ЄДРПОУ 32670627) у новій редакції, Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг зазначає таке.

Відповідно до статті 17 Закону України “Про страхування” у разі, якщо страховик запроваджує нові правила страхування чи коли до правил страхування вносяться зміни та (або) доповнення, страховик повинен подати ці нові правила, зміни та (або) доповнення для реєстрації до Уповноваженого органу.

Розглянувши пакет документів АТ “СК “ПОІНТ” про реєстрацію правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) та правил добровільного страхування від нещасних випадків, затверджених 28.05.2021 Головою Правління АТ “СК “ПОІНТ” Гаврилицем Д. М. у новій редакції, було встановлено, що зазначені правила страхування в цілому не суперечать чинному законодавству, не порушують та не обмежують права страхувальників, та відповідають вимогам статті 17 Закону України “Про страхування”.

Водночас у поданій новій редакції правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров’я) виявлено недолік, а саме: некоректне посилання на пункт правил страхування.

Ураховуючи зазначене вище, керуючись абзацом другим пункту 7 розділу II “Прикінцеві положення” Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг”, статтями 7, 17 Закону України “Про Національний банк України”, статтею 17 Закону України “Про страхування”, пунктом 10 розділу II Положення про Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг, затвердженого постановою Правління Національного банку України від 29 липня 2020 року № 498-рш (зі

змiнами), Комiтет з питань нагляду та регулювання дiяльностi ринкiв небанкiвських фiнансових послуг **вирiшив:**

1. Зареєструвати правила добровiльного страхування АТ "СК "ПОIНТ" у новiй редакцiї, а саме:

– правила добровiльного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), затвердженi 28.05.2021 Головою Правлiння АТ "СК "ПОIНТ" Гаврилицем Д. М.;

– правила добровiльного страхування вiд нещасних випадкiв, затвердженi 28.05.2021 Головою Правлiння АТ "СК "ПОIНТ" Гаврилицем Д. М.

2. Департаменту лiцензування (Олександр Бевз) протягом п'яти робочих днiв iз дня прийняття цього рiшення довести до вiдома АТ "СК "ПОIНТ" iнформацiю про реєстрацiю вищезазначених правил добровiльного страхування у новiй редакцiї шляхом надсилання АТ "СК "ПОIНТ" вiдповiдного листа з рекомендацiями щодо виправлення виявленого недолiку при внесеннi змiн до вказаних правил страхування у майбутньому.

3. Рiшення набирає чинностi з дня його прийняття.

Голова Комiтету



Ярослав МАТУЗКА

**АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПОІНТ»**

“Затверджую”
Голова Правління
АТ «СК «ПОІНТ»



Гавриляця Д. М.
«28» травня 2021 р.

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

№031

(нова редакція)

Київ – 2021 рік

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	3
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	5
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ	6
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	14
7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	16
9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	17
10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	19
11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	20
12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	21
13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ	21
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	22
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	24
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	24
17. БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ	26
18. СТРАХОВІ ТАРИФИ	29

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Ці Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), надалі – «Правила», розроблені відповідно до вимог чинного законодавства України.

1.2. АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПОІНТ» (надалі – «Страховик») на підставі цих Правил укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), далі в тексті цих Правил – «Договір страхування», «Договір», з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – «Страхувальники»).

1.3. Страхувальники мають право укласти Договори страхування з Страховиком про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб), лише за їх згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

1.4. Страхувальники мають право при укладенні Договору страхування призначити за згодою Застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (Вигодонабувачів), для отримання страхових виплат, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.5. Ці Правила регулюють загальні умови та порядок укладення Договору страхування. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути додатково включені інші умови, що не врегульовані цими Правилами, якщо вони не суперечать закону та цим Правилам.

1.6. В цих Правилах та Договорах страхування, укладених на підставі цих Правил, терміни та визначення, мають наступні значення:

1.6.1. **Картка Застрахованої особи** – пластикова картка, видана Страховиком Застрахованим особам за Договором, призначена для авторизації Застрахованих осіб при зверненні в Медичні заклади. При цьому підтвердження особи, вказаної в Картці Застрахованої особи, здійснюється на підставі паспорту або іншого документа, що посвідчує особу згідно з законодавством.

1.6.2. **Захворювання** – патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі може бути виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом дії Договору.

1.6.2. **Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованої особи та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованої особи, що існував до моменту початку даного захворювання.

1.6.3. **Хронічне захворювання** — захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

1.6.4. **Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а

у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованої особи.

1.6.5. Хронічне захворювання в стадії ремісії – період перебігу хронічного захворювання Застрахованої особи, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованої особи порівняно з стадією загострення.

1.6.6. Нещасний випадок – раптова, випадкова, непередбачувана дія зовнішніх причин (механічних, хімічних, технічних тощо), які настали в строк дії Договору незалежно від волі Застрахованої особи, що призвели до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованої особи та/або його загибелі. До зовнішніх причин відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричної або іншої енергії, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове отруєння газами тощо.

1.6.7. Критичне захворювання – тяжке захворювання, вперше виявлене у Застрахованої особи протягом дії Договору із переліку захворювань, зазначених в Програмі страхування.

1.6.8. Основне захворювання – захворювання (розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку) певної однієї нозологічної одиниці, крім захворювань, що є виключеннями зі страхових випадків, що стало безпосередньою (основною) причиною для звернення Застрахованої особи за медичною допомогою (тимчасової/постійної втрати працездатності, госпіталізації тощо). Не відносяться до основних захворювань супутні захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою.

1.6.9. Інші випадки, передбачені Договором – інші випадки, що покриваються Програмою страхування, пов'язані з отриманням Застрахованою особою медичної допомоги лікувального, профілактичного, оздоровчого характеру тощо.

1.6.10. МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, десятого перегляду.

1.6.11. Протокол лікування – клінічний протокол/стандарт лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України.

1.6.12. Медичний заклад – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Страховиком на підставі укладених цивільно-правових договорів, включений до переліку Медичних закладів, залучених Страховиком до обслуговування Застрахованих осіб за Договором, шляхом розміщення такого переліку на власному веб-сайті Страховика або іншим способом, визначеним в Договорі страхування.

1.6.13. Декларація про стан здоров'я – документ встановленого Страховиком зразка, що може заповнюватися Страхувальником (Застрахованою особою) при укладенні Договору та/або в будь-який момент його дії на вимогу Страховика, для оцінки ступеня страхового ризику за Договором страхування щодо конкретної Застрахованої особи, в якому Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний вказати повну та достовірну

інформацію про стан свого здоров'я за весь час до складання такої декларації включно.

1.6.14. **Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованій особі за Договором страхування, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти виплат, франшизи, клас / категорія Медичних закладів, у яких надаються медична допомога та послуги Застрахованій особі, інші обмеження). Базові Програми страхування наведені в Розділі 17 цих Правил.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору страхування згідно з цими Правилами є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

2.2. Відповідно до Договору Страховик зобов'язується за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

2.2.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості (видів медичної допомоги та послуг) в обсязі обраної Страхувальником Програми страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я (Медичними закладами), до яких він (вона) звернувся під час дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої цими Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

2.2.2. відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги (видів медичної допомоги та послуг).

2.3. Добровільне медичне страхування Застрахованих осіб за Договором страхування здійснюється відповідно до умов, зазначених в цих Правилах. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути додатково включені інші умови, що не передбачені цими Правилами, за умови, що такі додаткові умови не суперечать закону та цим Правилам.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

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

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

3.3. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування, або у випадках, передбачених чинним законодавством.

3.4. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування в цілому.

3.5. Страхові виплати за Договором страхування здійснюються незалежного від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

3.6. Договір може передбачати додаткове обмеження – ліміт виплати Страховика за окремими видами допомоги та послуг, передбаченими Програмою страхування (за сумою, кількістю звернень, тривалістю надання видів медичної допомоги та послуг тощо). Розміри лімітів відповідальності, в разі їх встановлення, визначаються за домовленістю між Страхувальником із Страховиком та зазначається в Договорі страхування.

3.7. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування. Розмір франшизи встановлюється за погодженням між Страхувальником із Страховиком та зазначається в Договорі страхування.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

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

4.2. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі.

4.3. Страховим випадком за цими Правилами є отримання Застрахованою особою в Медичному закладі видів медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, що передбачені обраною Програмою страхування за Договором, в зв'язку з настанням страхових ризиків, передбачених у п. 4.4. Правил, які сталися із Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування.

4.4. Перелік страхових ризиків:

4.4.1. гостре захворювання;

4.4.2. загострення хронічного захворювання;

4.4.3. розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку;

4.4.4. інші випадки, передбачені Договором та Програмою страхування.

4.5. Договором страхування може бути передбачено, що подія є страховим випадком за умови, якщо така подія:

4.5.1. сталась протягом оплаченого періоду страхування;

4.5.2. відбулася на території дії Договору страхування;

4.5.3. передбачає надання Застрахованій особі медичної допомоги та послуг в межах, передбачених Договором та Програмою страхування;

4.5.4. не є виключенням зі страхових випадків та за відсутності підстав для відмови у страховій виплаті згідно з цими Правилами та/або Договором.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Відповідно до цих Правил страхова виплата може не здійснюватись в разі настання подій та/або за наявності обставин, що є виключеннями із страхових випадків та обмеженнями страхування, конкретний перелік яких визначається Договором страхування згідно з цими Правилами. Якщо інше не передбачено Договором страхування, такими випадками, зокрема, можуть бути наступні події, зазначені в пп.5.2. – 5.6. Правил.

5.2. Страховик відмовляє у страховій виплаті за наявності зазначених нижче обставин:

5.2.1. якщо подія пов'язана з перебуванням Застрахованої особи в стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, а також наслідки та хвороби, викликані такими станами;

5.2.2. випадки навмисного самоушкодження;

5.2.3. неповідомлення Страхувальником під час укладення Договору про обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, надання Страхувальником або Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору (зокрема, недостовірної або неповної інформації в декларації про стан здоров'я Застрахованої особи (в разі її заповнення), включаючи інформацію про захворювання, що були діагностовані до початку дії Договору страхування);

5.2.4. навмисне надання Застрахованою особою некоректних або неправдивих відомостей (скарг чи симптомів) з метою отримання видів медичної допомоги та послуг (в тому числі діагностичних, лікувальних, медикаментозних та будь-яких інших), передбачених Договором страхування та Програмою страхування;

5.2.5. надання медичної допомоги іншій особі, що не є Застрахованою особою за Договором страхування;

5.2.6. ненадання Застрахованою особою доступу до медичної документації на запит Страховика;

5.2.7. дія обставин непереборної сили суспільного, військового, юридичного характеру (участь в воєнних діях, масових заворушеннях, дія радіоактивного, хімічного, біологічного або токсичного забруднення, застосування вибухових речовин, вплив військової зброї будь-яких зразків та способу дії тощо), що призвела до настання випадку;

5.2.8. заняття Застрахованою особою екстремальними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, бобслеєм, авторалі, парашутним спортом, дайвінгом тощо), що призвело до ушкодження здоров'я Застрахованої особи;

5.2.9. порушення порядку повідомлення Страховика про страховий випадок, передбаченого Розділом 9 цих Правил;

5.2.10. неподання Страхувальником / Застрахованою особою (в разі компенсації самостійно витрачених коштів) необхідних документів, визначених п.5.2.10. цих Правил та/ або Договором страхування, протягом 30 (тридцяти) календарних днів (або протягом іншого строку, передбаченого Договором страхування) з дати завершення лікування в результаті настання страхового випадку;

5.2.11. в разі отримання видів допомоги та послуг, що не передбачені Програмою страхування або перевищують встановлені обмеження згідно з Договором та визначеною ним Програмою страхування;

5.2.12. надання видів допомоги та послуг, що не передбачені Протоколами лікування;

5.2.13. звернення Застрахованої особи стосується ризику, не включеного до переліку страхових випадків або випадок не підпадає під визначення страхових випадків – згідно з Договором страхування;

5.2.14. якщо лікар встановлює первинний діагноз «під знаком питання», при цьому захворювання відноситься до списку виключень, та призначає проведення додаткової діагностики (в такому випадку Застрахована особа її оплачує самостійно (окрім станів що потребують надання невідкладної медичної допомоги), а в подальшому, якщо за результатами додаткової діагностики буде встановлено, що захворювання не відноситься до списку виключень, то Страховик компенсує самостійно витрачені кошти Застрахованій особі на умовах Договору страхування);

5.2.15. надання медичної допомоги з приводу захворювань, які виникли до початку дії Договору (окрім хронічних захворювань, загострення яких належить до страхових ризиків за Договором страхування, та якщо таке загострення мало місце в період дії Договору страхування);

5.2.16. надання медичної допомоги після завершення дії Договору, навіть якщо лікування, діагностика, медикаментозне забезпечення або будь-які інші послуги, передбачені Програмою страхування, були призначені під час дії Договору (окрім випадків, коли Застрахована особа проходить лікування в умовах екстреного стаціонару з приводу події, що є страховим випадком, і під час такого лікування дія Договору припиняється через закінчення строку його дії – в такому разі обслуговування Застрахованої особи та оплата Страховиком видів медичної допомоги та послуг за даним страховим випадком продовжується в межах, передбачених Програмою страхування та Договором, але не більше ніж на 14 (чотирнадцять) календарних днів з дати завершення дії Договору);

5.2.17. випадки, що сталися протягом неоплаченого періоду страхування (в разі оплати страхового платежу частинами згідно з Договором страхування);

5.2.18. випадки та або наслідки випадків, що сталися поза межами території дії Договору; якщо страховий випадок стався та/або медична допомога чи послуги були надані не в період дії Договору страхування;

5.2.19. витрати, пов'язані зі сплатою благодійних внесків;

5.2.20. одержанням видів медичної допомоги та послуг щодо захворювань, за якими призначена будь-яка група інвалідності, їх ускладнення та наслідки;

5.2.21. в разі настання випадку з особами, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, протитуберкульозних, шкірно-венерологічних диспансерах;

5.2.22. невиконання та/або порушення Застрахованою особою призначень лікуючого лікаря (лікування, обстеження та лікарняного режиму), а також в разі відмови Застрахованої особи проходити обстеження, необхідне для встановлення діагнозу та призначення лікування; невиконання

рекомендацій лікаря без поважних на це причин;

5.2.23. отримання медичної допомоги та послуг, включаючи будь-який період амбулаторного та стаціонарного лікування, що не були письмово рекомендовані лікарями Медичних закладів відповідно до Протоколів лікування;

5.2.24. невиконання Страхувальником / Застрахованою особою своїх обов'язків за Договором страхування.

5.3. Групи захворювань та нозологічні форми (в дужках наведено кодифікацію нозології згідно з МКХ-10), в тому числі їх ускладнення та наслідки, що не діагностуються (крім первинної консультації лікаря) та не лікуються:

5.3.1. інфекційні хвороби, що передаються переважно статевим шляхом (A50-A64);

5.3.2. інші хвороби, спричинені спірохетами, хламідіями, рикетсіозами (A65-A74);

5.3.3. контагіозний моллюск (B08.1);

5.3.4. хвороби та стани, зумовлені вірусом імунодефіциту людини ВІЛ (B20-B24);

5.3.5. мікози (B35-B49);

5.3.6. гельмінтози та паразитарні хвороби (B65-B83, A75-79);

5.3.7. педикульоз, короста, демодекоз, акариаз та інші інфестації (B85-B89,);

5.3.8. гарднерельоз, бактеріальні, вірусні, інші інфекційні агенти (B95-B97, N89.9);

5.3.9. хвороби крові і кровотворних органів (анемії, крім анемії, зумовленої гострою крововтратою, порушення згортання крові тощо), імунодефіцити та інші порушення з залученням імунного механізму (D50-D89);

5.3.10. ожиріння, розлад обміну речовин, недостатність або надлишковість харчування (E40-E90);

5.3.11. розлади психіки та поведінки, в тому числі психічні захворювання, психопатії, неврастенії, порушення мови, розлади сну, астено-депресивні стани, неврози (F00-F99);

5.3.12. хвороба Гентінгтона та інші системні атрофії, що первинно уражають центральну нервову систему (G10-G13);

5.3.13. хвороба Паркінсона, синдром Паркінсона та інші екстрапірамідальні хвороби та порушення функцій руху (G20-G26);

5.3.14. хвороба Альцгеймера, інші дегенеративні хвороби нервової системи (G30-G32);

5.3.15. розсіяний склероз та інші демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи (G35-G37);

5.3.16. епілепсія (G40-40.9);

5.3.17. церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми (G80-G83);

5.3.18. гідроцефалія, енцефалопатія будь-якого генезу (G31.2, G93), I67) (в тому числі інші цереброваскулярні захворювання-I60-69); і хвороби нервової системи (G00-G99) (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю/стану на строк не більше 5 днів);

5.3.19. гіпертонічна хвороба (I10-I15);

- 5.3.20. цироз печінки (K74), гепатоз (K73);
- 5.3.21. хвороби шкіри та підшкірної клітковини (L00-L99), в тому числі вугрі (L70), псоріаз (L40), дерматити та екземи (L20-L30), алопеція (L63), вітиліго (L80);
- 5.3.22. остеопатії и хондропатії (M80-M94), поліартропатії (M05-M25), крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб);
- 5.3.23. безплідність (N97, N46), еректильні дисфункції (N48.4), сексуальні дисфункції (F52);
- 5.3.24. TORCH-інфекції (P35-P39, B00-B27), в тому числі токсоплазмоз, цитомегаловірусні інфекції, захворювання, асоційовані з вірусом Епштейн-Барра (крім інфекційного мононуклеозу), герпес-вірусні інфекції будь-якої локалізації (крім вітряної віспи та оперізуючого лишая (Herpes Zoster)) тощо;
- 5.3.25. вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові та генетичні захворювання (Q00-Q99);
- 5.3.26. синдром хронічної втоми (R53), гіпергідроз (R61);
- 5.3.27. злякисні новоутворення (C00-C97);
- 5.3.28. доброякісні новоутворення (D10-D36);
- 5.3.29. туберкульоз (A15-A19);
- 5.3.30. цукровий діабет (E10-E14);
- 5.3.31. гепатит (B15-B19), крім гепатиту А;
- 5.3.32. гломерулонефрит (N00-N04);
- 5.3.33. ендокринна патологія (E00 – E35);
- 5.3.34. незапальні хвороби жіночих статевих органів (N80-N98);
- 5.3.35. супутні захворювання (захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою, а проявились в процесі лікування або є ускладненням основного захворювання);
- 5.3.36. лікування залишкових явищ, хронічного захворювання в стадії ремісії/неповної ремісії/компенсації (наприклад, сечокам'яна, жовчокам'яна хвороба, грижі, протрузії дисків), окрім надання невідкладної медичної допомоги та забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 діб);
- 5.3.37. лікування хронічних захворювань, (крім випадків їх загострення, більш ніж 2 загострень на рік), а також остаточних проявів перенесених захворювань.
- 5.4. Групи захворювань та нозологічні форми (в дужках наведено кодифікацію нозології згідно з МКХ-10), що не покриваються за Договором, крім надання невідкладної медичної допомоги при гострому болю та/або при станах що загрожують життю Застрахованої особи (медична допомога за вказаними в цьому пункті захворюваннями та нозологіями надається лише до встановлення клінічного діагнозу (встановлюється на основі первинної діагностики, яка призначена на підставі скарг хворого, анамнезу, даних об'єктивного огляду, іноді з використанням загально-клінічних, лабораторних та/або інструментальних методів дослідження (наприклад: загальний аналіз крові, сечі, рентгенографія органів грудної клітки, для виявлення будь-якого патологічного процесу та підтвердження первинного діагнозу), а саме:
- 5.4.1. особливо небезпечні інфекції – холера (A00), черевний тиф та

паратиф (A01), чума (A20), сибірка (A22), бруцельоз (A23), сап і меліоїдоз (A24);

5.4.2. вегето-судинна дистонія (F45.3; G90.9), мігрень (G43) (крім забезпечення медикаментами для зняття кризового стану на строк не більше 5 днів);

5.4.3. поліневрити та інші хвороби периферійної нервової системи (G60, G62-G64), (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 днів);

5.4.4. катаракта, інші хвороби кришталика (H25-H28), глаукома (H40-H42), хвороби м'язів ока, косоокість, порушення співдружності руху (H49-H51), короткозорість (H52.1), далекозорість (H52.0), астигматизм (H52.2), інші порушення акомодатії і рефракції (H52.3-H52.7), інші розлади зору та сліпота (H53-H54), синдром «сухого ока» (H16.2);

5.4.5. ревматизм (I00-I02), хронічні захворювання системи кровообігу (I00-I99): кардіосклероз, ІХС, атеросклероз, кардіоміопатії, пролапс мітрального клапану та інші (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю/стану на строк не більше 5 днів);

5.4.6. хвороба Крона (K50), неспецифічний виразковий коліт (K51-K52);

5.4.7. системні захворювання сполучної тканини (M30-M36); запальні поліартропатії (код M05-M14) (крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 днів);

5.4.8. хронічна ниркова недостатність (N18), хронічні ураження нирок та сечоводів (зморщена нирка, мала нирка та інші) (N20-N29);

5.4.9. хвороби сітківки (H30-H36);

5.4.10. вікові захворювання; дегенеративно-дистрофічні захворювання, в тому числі опорно-рухового апарату, в тому числі остеоартроз, остеохондроз хребта (M42) та інші дорсопатії/стани, які виникли на фоні остеохондрозу (радикуліт, люмбалгія та інші), крім забезпечення медикаментами для зняття гострого болю на строк не більше 5 днів;

5.4.11. хронічна венозна недостатність, (I80-I89), в тому числі варикозна хвороба, крім гострих станів (гострий тромбофлебіт, флеботромбоз, тромбоз гемороїдальних вен, гострий геморой, гемороїдальні кровотечі), (I83);

5.4.12. мастопатія (N60);

5.4.13. гастро-езофагеальний рефлюкс (K21);

5.4.14. синдром подразненого кишечника (K58); стани, що супроводжуються порушеннями фізіологічної мікрофлори організму, зокрема дисбактеріоз, дисбіоз (K63.8.0.);

5.4.15. інші уточнені хвороби жовчного міхура (K82.8), в тому числі дискенезія жовчного міхура/жовчовивідних шляхів;

5.4.16. алергічні хвороби, окрім станів, що потребують надання невідкладної медичної допомоги при станах, що загрожують життю Застрахованої особи, а саме: набряк Квінке, анафілактичний шок, тощо; алергічний дерматит та риніт (L23, J30.1. - J30.3.).

5.5. Методи лікування, профілактики або діагностики, що не покриваються Договором:

5.5.1. лікування методами нетрадиційної медицини, гіпноз, психотерапія, іридіодіагностика, біокорекція, рефлексотерапія, експериментальне лікування, озонотерапія, ауто гемотерапія, кисневі коктейлі

з розчинами лікарських препаратів, гіпербарична оксигенація, внутрішньосудинне опромінення крові ультрафіолетом та світлом лазера, кріотерапія, кріомасаж, використання барокамери, SPA-капсули тощо;

5.5.2. консультації та інші послуги психолога, психотерапевта, психоаналітика, логопеда, дієтолога, сурдолога, косметолога, сонолога, гомеопата, нарколога;

5.5.3. протезування, ендопротезування, косметичні, пластичні чи косметологічні послуги, естетичні, реконструктивні оперативні втручання, в тому числі планова герніопластика, ринопластика; планова літотрипсія; венектомія тощо (крім випадків трансплантації шкіри внаслідок опіків, а також оперативного відновлення в результаті нещасного випадку, який настав протягом строку дії Договору);

5.5.4. операції на серці й судинах; інвазивні процедури (в т.ч. коронарографія, аорто-коронарне шунтування, стентування будь-яких судин, електрофізіологічне дослідження, картування, радіочастотна абляція, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи); операції із застосуванням апарата штучного кровообігу; протезування клапанів; планові нейрохірургічні операції;

5.5.5. зміна ваги, лікування ожиріння, модифікація людського тіла, в тому числі хірургічна зміна статі;

5.5.6. лікування колоїдних рубців, видалення бородавок, папілом, родимок, ліпом, поліпів, гемангіом, меланоцитарних невусів (D22) та доброякісних новоутворень шкіри (D23), за винятком ускладнених випадків травмування, нагноєння тощо;

5.5.7. штучне запліднення, проведення абортів, послуги з планування сім'ї, контрацепція, стерилізація;

5.5.8. профілактичні та терапевтичні щеплення (крім вакцинації проти правця та сказу);

5.5.9. реабілітація (в тому числі після проведеного лікування), відновлення після завершення лікування, усунення віддалених наслідків захворювань або нещасних випадків, санаторно-курортне, профілактичне лікування, послуги з оздоровлення (басейн, тренажерний зал, фітнес-центри, спа-комплекси тощо);

5.5.10. надання медичної документації, що не пов'язана з настанням страхових випадків (тести на професійну придатність, довідки для органів Національної поліції тощо);

5.5.11. надання медичної допомоги при вагітності та пологах;

5.5.12. профілактичне лікування, в тому числі і медикаментозне;

5.5.13. витрати на контрольну та уточнюючу діагностику для визначення типу, стадії, форми захворювання, методу лікування;

5.5.14. лікування з використанням лазерних технологій, в тому числі корекція зору та лікування хвороб сітківки;

5.5.15. придбання органів для трансплантації, їх пошук, доставка, оплата донорів, крові та препаратів крові; проведення хірургічного втручання щодо трансплантації органів чи тканин, протезування (суглобів, ниркових, периферійних артерій тощо), замороження та пересадки живих клітин, пересадки кісткового мозку (окрім оплати ліжка-місця під час перебування Застрахованої особи в державному або відомчому Медичному закладі та

стандартного для даного Медичного закладу харчування при трансплантації та протезуванні щодо захворювань, що покриваються Програмою страхування);

5.5.16. вартість будь-яких операцій чи лікування, що не завершені чи очікуються до початку набрання чинності Договором, а також витрати на планове лікування, в тому числі видалення металоконструкцій, встановлених не в період безперервної дії договорів страхування, укладених з Страховиком щодо цього ж предмету Договору;

5.5.17. гормональні дослідження (більше 4-х гормонів протягом строку дії Договору страхування), імунограми, алергопроби, алергологічна панель, онкомаркери, ліпидограма, ДНК-діагностика, денситометрія, генетичні дослідження, планова діагностика гомеостазу організму Застрахованої особи;

5.5.18. лікування симптомів, ознак хвороби та неточно визначених станів, захворювань, що є неуточненими та невизначеними згідно з МКХ-10, до моменту постановки остаточного діагнозу (крім випадків зняття гострого болю та надання невідкладної допомоги), лікування хронічних захворювань поза стадію загострення;

5.5.19. вартість підтримуючої, пригнічуючої, замісної, гормональної (окрім гормональних препаратів при стаціонарному лікуванні) терапії при лікуванні захворювань і станів, що вимагають тривалого застосування (клімакс, синдром виснажених яєчників, ендометріоз тощо);

5.5.20. методи лікування, діагностики, а також забезпечення медикаментами що фінансуються за урядовими та/або державними програмами відповідно до законодавства.

5.6. Медикаменти та витратні матеріали, що не покриваються за Договором:

5.6.1. медикаменти та витратні матеріали, придбані поза аптечною мережею України та/або не зареєстровані в Україні; медичні препарати, що не передбачені відповідними Протоколами лікування та стандартами МОЗ;

5.6.2. медичні препарати, що не передбачені Програмою страхування; медикаментозне забезпечення тривалістю понад 30 (тридцять) днів з дати початку лікування; вартість двох та більше препаратів однієї фармакологічної групи, крім випадків, коли один препарат місцевої, а другий загальної дії;

5.6.3. препарати з антигіпоксичною, антиоксидатною дією, які поліпшують кровоток, а також препарати, які замінюють синовіальну та сльозну рідини; препарати, які впливають на метаболізм та обмін речовин;

5.6.4. стенти, шунти, набори для емболізації, деартерілізації, штучні зв'язки, резорбтивні болти, протези (окрім пролінової сітки для ургентної гернеопластики), електроди, ріжучі петлі, ортези, наборів для артроскопії;

5.6.5. милиці, післяопераційні бандажі;

5.6.6. лінзи, окуляри, скельця, слухові апарати, інгалятори, ортопедичні засоби й посібники тощо;

5.6.7. предмети гігієни, шампуні, креми, пасти, інші косметичні засоби;

5.6.8. медичне обладнання та будь-які медичні пристрої/засоби (в тому числі ті, що замінюють або корегують функції органів), які потребують додаткової оплати при стаціонарному/амбулаторному лікуванні, в тому числі фіксатори для остеосинтезу, медичні інструменти, товари медичного призначення, (крім шприців для ін'єкцій та систем для переливання, бинтів, вати, гіпсових пов'язок, пов'язок типу скотч-каст тощо), дезінфікуючі засоби.

5.7. Зазначені в пп. 5.2. – 5.6. цих Правил (передбачені Договором страхування) виключеннями із страхових випадків та обмеженнями страхування застосовуються, якщо інше не передбачено Програмою страхування за Договором. Програма страхування має переваги перед іншими частинами Договору страхування.

5.8. В разі звернення Застрахованої особи щодо випадку, що підпадає під виключення із страхових випадків та обмеженнями страхування згідно з Договором, Страховик не оплачує медичну допомогу і послуги Застрахованій особі за таким випадком, про що надає мотивовану відмову у здійсненні страхової виплати з посиланням на умови Договору страхування. В таких випадках Страховик, за зверненням Застрахованої особи, має право лише організувати надання медичної допомоги Застрахованій особі з подальшою оплатою відповідних видів допомоги та послуг самою Застрахованою особою.

5.9. Якщо обставини, що є згідно з Договором страхування підставою для відмови у страховій виплаті, стануть відомі Страховику після здійснення страхової виплати, Страховик має право вимагати із Застрахованої особи / Страхувальника компенсації або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати. Така компенсація або повернення виплаченої Страховиком страхової виплати мають бути здійснені Застрахованою особою / Страхувальником в безготівковій формі, протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дати отримання від Страховика відповідної письмової вимоги, за реквізитами, вказаними в такій вимозі. В разі неповернення коштів Страховик має право при наступних зверненнях Застрахованої особи відмовити в організації та/або оплаті медичної допомоги повністю або частково (пропорційно розміру заборгованості перед Страховиком) або достроково припинити дію Договору страхування у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору.

5.10. За згодою сторін Договору в конкретному Договорі страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків та випадки обмеження страхування.

5.11. За згодою сторін Договору на конкретний Договір страхування можуть не поширюватися деякі обмеження, вказані в пп. 5.2. – 5.6. цих Правил.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

6.2. Договором страхування може бути передбачено:

6.2.1. Договір страхування набуває чинності з дати, що йде наступною за датою сплати страхового платежу Страховику, але не раніше дати підписання Договору (чи іншої конкретної дати);

6.2.2. Договір страхування набуває чинності з дати підписання (чи іншої конкретної дати);

6.2.3. Інший порядок набрання ним чинності (вступу Договору в силу).

6.3. Як правило, строк дії Договору становить 1 (один) календарний рік. Договором страхування може бути передбачений інший строк дії Договору.

6.4. Строк дії Договору страхування може бути поділений на періоди,

кількість та тривалість яких визначається Договором страхування. В такому випадку Договором страхування може бути передбачено, що Договір набирає чинності з дати початку першого періоду страхування, вказаного в Договору, але не раніше дати, наступної за датою надходження страхового платежу на банківський рахунок Страховика, та діє до закінчення строку дії оплаченого періоду Договору. В разі несплати (або сплати не в повному обсязі) Страхувальником страхового платежу, Договір не діє у відповідному періоді страхування. Договір відновлює дію на наступний день після сплати усіх прострочених страхових платежів, передбачених Договором страхування, у повному обсязі. При цьому сплата прострочених платежів не подовжує загальний строк дії Договору страхування (кінцева дата строку дії Договору не переноситься на відповідний строк прострочення).

6.5. Територією дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

7. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

7.1.1. Формою письмової заяви, встановленою Страховиком, вважається зразок заяви, наданий Страхувальнику Страховиком для оформлення Договору страхування.

7.1.2. Передбачене законом право Страхувальника іншим чином заявити про свій намір укласти Договір страхування може бути реалізоване Страхувальником шляхом подання електронної заяви та/або інформації щодо предмета Договору страхування за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем, що використовуються Страховиком чи страховим посередником (страховим агентом) для укладення Договорів страхування, чи іншим узгодженим сторонами Договору страхування способом, якщо такі способи прямо не заборонені законом.

7.2. Договір страхування укладається відповідно до законодавства в письмовій формі:

7.2.1. у паперовому вигляді;

7.2.2. у вигляді електронного документа, створеного згідно з вимогами, визначеними Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг»;

7.2.3. шляхом приєднання Страхувальника до Договору, який може бути наданий йому для ознайомлення у вигляді електронного документа на власному веб-сайті Страховика або страхового посередника (страхового агента);

7.2.4. в порядку, передбаченому Законом України «Про електронну комерцію».

7.3. Порядок укладення Договору страхування, з врахуванням обраного сторонами Договору способу його оформлення, повинен відповідати вимогам Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», Закону України «Про страхування», Закону України «Про електронні документи та електронний документообіг», Закону

України «Про електронну комерцію», іншим актам чинного законодавства та цим Правилам.

7.4. Договір страхування повинен містити всі істотні умови, передбачені чинним законодавством.

7.5. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Страховик зобов'язаний:

8.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та Правилами;

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

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

8.1.4. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;

8.1.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;

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

8.1.7. інші обов'язки, передбачені законом.

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

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;

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

8.2.3. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього ж предмета Договору страхування;

8.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

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

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

8.3. Страхувальник має право:

8.3.1. вимагати від Страховика роз'яснень умов та правил страхування;

8.3.2. на роз'яснення умов та Правил страхування;
вимагати сплати Страховиком страхової виплати відповідно до умов Договору;

8.3.3. в разі настання страхового випадку – на організацію Страховиком для Застрахованої особи медичної допомоги та послуг в межах переліку та в обсязі, передбаченому Програмою страхування та на умовах, визначених Договором страхування;

8.3.4. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги та послуг за Договором страхування, неповного чи неякісного надання такої допомоги;

8.3.5. на безоплатне одержання дубліката картки Застрахованої особи у випадку її втрати, якщо така картка видавалась Застрахованій особі згідно з Договором страхування.

8.3.4. інші права, що передбачені цими Правилами, чинним законодавством, Договором страхування.

8.4. Страховик має право:

8.4.1. на отримання страхового платежу в обсязі та строки, передбачені Договором страхування;

8.4.2. на отримання повної та достовірної інформації, необхідної для встановлення ступеня страхового ризику, розрахунку страхового тарифу до укладення Договору, в тому числі, але не обмежуючись інформацією про стан здоров'я Застрахованої особи;

8.4.3. визначати для Медичних закладів, що залучаються Страховиком до організації медичної допомоги та медичних послуг Застрахованим особам за Договором, класи/категорії залежно від цінової та сервісної політики цих Медичних закладів;

8.4.4. з'ясувати причини та обставини страхових випадків за Договором будь-якими законними способами, зокрема: отримувати від Застрахованої особи, Медичних закладів, лікарів та/або спеціалістів інформацію про стан здоров'я, діагноз, перебіг лікування Застрахованої особи, в тому числі інформацію, яка містить лікарську таємницю; залучати незалежних експертів або спеціалістів;

8.4.5. відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у страховій виплаті, за наявності підстав, передбачених Розділами 5, 13 Правил та Договору страхування);

8.4.6. видати на кожному Застраховану особу картку із зазначенням номера полісу, телефону Страховика для звернення при настанні страхових випадків. При цьому зазначена картка Застрахованої особи не може бути використана без документа, що посвідчує особу.

8.4.7. інші права, що передбачені Правилами, чинним законодавством та Договором страхування.

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

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. У разі настання страхового випадку Застрахована особа невідкладно

(до звернення в Медичний заклад) зобов'язана повідомити Страховика за телефоном, вказаним в Договорі страхування та надати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, своє прізвище, ім'я по батькові, номер Договору страхування (або картки Застрахованої особи, за наявності) та іншу інформацію на прохання представника Страховика й надалі виконувати рекомендації, надані представником Страховика. Звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє йому це зробити самостійно.

9.1.1. Після отримання повідомлення Страховик, в разі, якщо заявлений випадок є страховим згідно з Договором страхування, організовує та оплачує надання Застрахованій особі медичної допомоги та медичних послуг, передбачених обраною за Договором страхування Програмою страхування, в Медичних закладах відповідного класу обслуговування. Страховик замовляє для Застрахованої особи певний перелік видів медичної допомоги та послуг, узгоджує їх з Медичним закладом, гарантує їх оплату. В разі, якщо заявлений випадок не є страховим відповідно до Договору страхування, Страховик діє в порядку, передбаченому п.5.8. цих Правил.

9.1.2. Інший порядок повідомлення Страховика про страховий випадок та врегулювання допускається лише у випадках, передбачених п. 9.2. Правил та/або умовами Договору страхування.

9.2. Самостійне звернення Застрахованої особи в Медичний заклад (з подальшою компенсацією Страховиком самостійно витрачених коштів Застрахованій особі) допускається лише:

9.2.1. в екстрених випадках (при станах, що потребують невідкладної медичної допомоги), коли не було можливості повідомити Страховика до звернення в Медичний заклад, але таке повідомлення було зроблено одразу, як з'явилась можливість, але не пізніше 48 годин з моменту настання випадку. При цьому звернення від імені Застрахованої особи може бути здійснено будь-якими іншими особами, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не дозволяє їй це зробити самостійно;

9.2.2. за погодженням зі Страховиком, коли Застрахована особа своєчасно повідомила Страховика, але через відсутність договірних відносин з Медичними закладами відповідного профілю та/або через неможливість надання відповідних послуг в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, Страховиком було погоджено самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги. Для цілей п.9.2.2. Правил таким погодженням є наданий представником Страховика за вказаним в Договорі страхування телефоном дозвіл на самостійну організацію та/або оплату Застрахованою особою медичної допомоги за наявності визначених п.9.2.2. Правил обставин, зафіксований аудіо-записом телефонної розмови.

9.3. Договором страхування може бути передбачений інший порядок повідомлення про настання страхового випадку, що не суперечить закону.

9.4. При зверненні до Медичного закладу, рекомендованого Страховиком, медична допомога та послуги Застрахованій особі надаються за умови пред'явлення документа, що посвідчує особу.

10. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

10.1. Перелік документів для здійснення страхової виплати визначається:

10.1.1. в разі врегулювання шляхом організації медичної допомоги Страховиком (у випадках, передбачених п.9.1. Правил) – договорами з Медичними закладами (в цьому випадку збір документів покладається на Страховика);

10.1.2. в разі врегулювання шляхом компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованої особи (у випадках, передбачених п.9.2. Правил) – відповідно до п.10.2. цих Правил (в такому випадку збір необхідних документів покладається на Застраховану особу).

10.2. В разі подання документів Застрахованою особою самостійно згідно з Договором – документи, які необхідні для прийняття рішення щодо страхової виплати, Застрахована особа повинна надати не пізніше 30 (тридцяти) календарних днів з дати одержання відповідного виду медичної допомоги чи послуги згідно з наступним переліком:

10.2.1. письмова заява про страхову виплату встановленого Страховиком зразка;

10.2.2. копія паспорта громадянина України: 1-2 сторінка та сторінки з відміткою про прописку (або копія іншого документа, що посвідчує особу), завірена особистим підписом Застрахованої особи;

10.2.3. копія довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків Застрахованій особі, завірена особистим підписом Застрахованої особи;

10.2.4. копія висновку лікаря Медичного закладу (виписка з амбулаторної картки, виписний епікриз тощо) із зазначенням прізвища, імені, по батькові Застрахованої особи, дати надання документу, дат лікування, діагнозу та переліку призначених у зв'язку із захворюванням медичної допомоги та послуг, призначених медикаментів, їх дозування та терміну приймання, що завіреним печаткою Медичного закладу (за її наявності) та лікуючого лікаря.

10.2.5. копія листка непрацездатності (лікарняного листа, за наявності);

10.2.6. оригінали документів, що свідчать про сплату вартості отриманої медичної допомоги та послуг та медикаментів з відміткою банку (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордера або квитанція банківської установи); у разі відсутності у фіскальному чеку назви придбаних медикаментів, обов'язково додатково надається товарний чек або товарна накладна; за фактом надання медичної допомоги та послуг без деталізації наданих послуг в платіжному документі необхідно надати деталізацію наданих послуг в вигляді акту виконаних робіт та копію прайсу Медичного закладу;

10.2.7. у випадку стаціонарного лікування – копія виписного епікризу стаціонарного хворого або виписки з історії хвороби із зазначенням прізвища, імені, по батькові Застрахованої особи, дати надання документу, дат лікування, діагнозу та переліку призначених у зв'язку із захворюванням медичної допомоги та послуг, призначених медикаментів, їх дозування та

терміну приймання, що завірений печаткою Медичного закладу (за її наявності) та лікуючого лікаря;

10.2.8. копії ліцензії Медичного закладу – за наявності у Страхувальника / Застрахованої особи можливості її отримати (за відсутності у Застрахованої особи такої можливості Страховик має право безпосередньо звернутися до Медичного закладу із запитом про надання належним чином завіреної копії ліцензії);

10.2.9. інші документи на вимогу Страховика, які мають істотне значення для підтвердження обставин страхового випадку.

10.3. За згодою сторін Договору страхування в Договорі може бути передбачений інший перелік документів, які підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.

11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

11.1. Загальна сума страхових виплат при настанні одного або декількох страхових випадків за Договором страхування, не може перевищувати страхової суми за Договором страхування. У випадку, якщо для окремих видів медичної допомоги та послуг Програмою страхування передбачені ліміти виплат – сума виплат не може перевищувати встановлені Програмою страхування ліміти.

11.2. Медична допомога та послуги надаються відповідно до Протоколів лікування у Медичних закладах, які передбачені Договором страхування та обраною Програмою страхування, за направленням Страховика. Підбір Медичних закладів знаходиться у компетенції Страховика. Страховик забезпечує доступ Страхувальнику до інформації про перелік Медичних закладів, залучених Страховиком до обслуговування Застрахованих осіб за Договором, шляхом розміщення такого переліку на власному веб-сайті або іншим способом, зазначеним в Договорі страхування.

11.3. Залежно від цінової та сервісної політики Медичних закладів, залучених Страховиком до обслуговування Застрахованих осіб за Договором страхування, Страховик визначає класи / категорії таких Медичних закладів. Програма страхування може містити обмеження щодо надання медичної допомоги та послуг Застрахованим особам за Договором страхування в Медичних закладах лише певного класу / категорії.

11.4. У випадку відсутності в регіоні, де знаходиться Застрахована особа, Медичного закладу, з якими співпрацює Страховик та/або при неможливості надання відповідних видів медичної допомоги та послуг з інших причин – врегулювання здійснюється на умовах п.9.2. Правил (в порядку компенсації Страховиком самостійно оплачених Застрахованою особою коштів, з дотриманням інших умов Договору).

11.5. Страхова виплата здійснюється:

11.5.1. в разі організації медичної допомоги Застрахованій особі Страховиком (згідно з п.9.1. Правил) – безпосередньо Медичному закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу за направленням Страховика (в межах переліку видів медичної допомоги та послуг, замовлених та підтверджених Страховиком на умовах Договору та Програми

страхування). При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі згідно з цивільно-правовими договорами, укладеними з такими Медичними закладами;

11.5.2. в разі компенсації самостійно витрачених коштів Застрахованим особам за погодженням з Страховиком (у випадках, передбачених п.9.2. Правил) – безпосередньо на користь Застрахованих осіб. Якщо внаслідок страхового випадку за Договором настала смерть Застрахованої особи – компенсація самостійно витрачених коштів здійснюється спадкоємцям Застрахованої особи згідно з законодавством. При цьому виплата здійснюється в безготівковій формі за реквізитами, вказаними в заяві на страхову виплату.

12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ (ВИПЛАТИ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ)

12.1. Строк прийняття рішення за випадком встановлюється Договором страхування, але не може перевищувати становить 30 (тридцять) календарних днів з дати одержання всіх необхідних документів згідно з Правилами та/або Договором страхування.

12.2. Протягом вказаного в п.12.1. Правил строку Страховик:

12.2.1. приймає рішення про виплату і складає страховий акт із визначенням розміру страхової виплати або

12.2.2. приймає обґрунтоване рішення про відмову у страховій виплаті, про що письмово повідомляє Застрахованій особі / Страхувальнику протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

12.3. Строк здійснення страхової виплати становить 10 (десять) робочих днів з дати складення страхового акту.

12.4. Датою здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з банківського рахунку Страховика, якщо інше не передбачене Договором страхування.

12.5. Рішення Страховика про відмову в страховій виплаті може бути оскаржене у визначеному чинним законодавством порядку.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

13.1. Підставою для відмови страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

13.1.2. вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного кримінального правопорушення, що призвів до страхового випадку;

13.1.3. подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

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

13.1.5. інші випадки, передбачені законом.

13.2. Причиною відмови у виплаті страхового відшкодування можуть також бути випадки, що підпадають під виключення із страхових випадків і обмеження страхування (Розділ 5 цих Правил), передбачені Договором страхування.

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

13.4. Негативний фінансовий стан Страховика не є підставою для відмови у виплаті страхових сум (їх частин) або страхового відшкодування Страхувальнику.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою його сторін, а також у разі:

1) закінчення строку дії Договору;

2) виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

3) несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором 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 Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

4) ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

5) ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

6) прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

7) в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору, якщо інше ним не передбачено Договором страхування.

14.2.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням

нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.2.2. У разі дострокового припинення 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 страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за Договором страхування.

14.3. Дострокове припинення дії Договору за взаємною згодою сторін здійснюється на підставі додаткового договору, що укладається сторонами в письмовій формі. Умови дострокового припинення дії Договору в цьому випадку (умови проведення розрахунків, застосування чи не застосування нормативу витрат на ведення справи та інші умови) визначатимуться сторонами в такому додатковому договорі.

14.4. В разі повернення страхового платежу (його частини) при достроковому припиненні Договору таке повернення здійснюється виключно Страхувальнику.

14.5. У разі, якщо Застрахована особа проходить лікування в умовах екстреного стаціонару з приводу події, що є страховим випадком, і під час такого лікування дія Договору припиняється через закінчення строку його дії, то обслуговування Застрахованої особи та оплата Страховиком медичної допомоги та послуг за даним страховим випадком може бути продовжена Страховиком в межах, передбачених Програмою страхування та Договором страхування, але не більше ніж протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів з дати завершення дії Договору, якщо інше не передбачене Договором страхування.

14.6. Відповідно до чинного законодавства Страхувальник має право відмовитися від укладеного Договору страхування не пізніше 7 (семи) календарних днів з дати укладення Договору страхування або помилкового перерахування коштів шляхом подання Страховику письмової заяви та отримати сплачений страховий платіж у повному розмірі. При цьому Страховик має право стягнути зі Страхувальника суму всіх страхових виплат, що були здійснені Страховиком за Договором страхування за період від дати укладення Договору до дати отримання Страховиком письмової відмови Страхувальника згідно з цим пунктом.

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

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Всі спори, що можуть виникнути в процесі виконання Договору страхування, попередньо розглядаються сторонами з метою досягнення взаємоприйняттого рішення.

15.2. Спори, що можуть виникнути в процесі виконання Договору страхування, можуть бути передані для вирішення в судовому порядку відповідно до чинного законодавства України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. В разі необхідності внесення змін до Переліку Застрахованих осіб (включення або виключення осіб із Переліку Застрахованих осіб) сторони укладають додатковий договір, але не частіше, ніж раз на місяць, якщо інше не передбачено Договором страхування. Сторони Договору страхування можуть погодити, що уточнення Переліку Застрахованих осіб здійснюється за потреби, на підставі листа Страхувальника, що подається Страховику завчасно (до очікуваних дат включення або виключення осіб з Переліку Застрахованих осіб). Дата початку дії Договору для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, а також дата завершення дії Договору для осіб, що виключені з Переліку Застрахованих осіб визначаються відповідними додатковими договорами сторін на підставі листа Страхувальника.

16.1.1. Розрахунок додаткових страхових платежів за нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, при страхуванні на строк менше одного року (на час, що залишився до закінчення дії Договору) здійснюється пропорційно фактичному періоду страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб.

16.1.2. Якщо Договором передбачена сплата страхового платежу частинами, то додатковий страховий платіж за нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, визначений згідно з Договором страхування, також розбивається на частини (поетапна оплата), згідно з умовами відповідного додаткового договору сторін.

16.1.3. Розрахунок страхової суми за Договором та лімітів (індивідуальних, в грошовому виразі) за Програмою страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб, при страхуванні на строк менше одного року (на час, що залишився до закінчення дії Договору) здійснюється пропорційно фактичному періоду страхування для нових осіб, включених до Переліку Застрахованих осіб.

16.1.4. Розрахунок частки страхового платежу до повернення Страхувальнику за виключених осіб з Переліку застрахованих осіб (в разі, якщо умовами додаткового договору передбачено повернення страхового платежу) розраховується за формулою:

$$\text{СПч} = \text{СПф} - (\text{СПр} * \text{K/N}) - (\text{СПр} * (\text{N-K}) / \text{N} * \text{НВ}) - \text{СВ}, \text{ де}$$

СПч – частка страхового платежу до повернення Страхувальнику за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПф – фактично сплачений страховий платіж за Договором за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПр – річний страховий платіж (страховий платіж на одну Застраховану особу на рік згідно з Договором за відповідною Програмою страхування);

К – кількість днів від дати початку дії Договору щодо відповідної Застрахованої особи до дати дострокового розірвання Договору щодо цієї Застрахованої особи включно;

N – загальна кількість днів дії Договору;

СВ – страхові виплати за Договором щодо будь-якої Застрахованої особи на дату розрахунку (сплачені, а також заявлені);

НВ – норматив витрат на ведення справи в розмірі, передбаченому Договором страхування.

16.1.5. У разі виключення Застрахованої особи з Переліку Застрахованих осіб сторони в додатковому договорі можуть погодити, що Страховик не повертає Страхувальнику невикористану частину страхового платежу, а резервує її в рахунок включення нових осіб до Переліку Застрахованих осіб. В такому разі норматив витрат на ведення справи не вираховується, а розмір невикористаної частки страхового платежу розраховується за формулою:

$$\text{СПч} = \text{СПф} - (\text{СПр} * \text{K/N}) - \text{СВ}, \text{ де}$$

СПч – частка страхового платежу до повернення Страхувальнику за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПф – фактично сплачений страховий платіж за Договором за Застраховану особу, що виключається з Переліку Застрахованих осіб;

СПр – річний страховий платіж (страховий платіж на одну Застраховану особу на рік згідно з Договором за відповідною Програмою страхування);

К – кількість днів від дати початку дії Договору щодо відповідної Застрахованої особи до дати дострокового розірвання Договору щодо цієї Застрахованої особи включно;

N – загальна кількість днів дії Договору;

СВ – страхові виплати за Договором щодо даної Застрахованої особи на дату розрахунку (сплачені, а також заявлені).

16.2. Датою дострокового розірвання Договору щодо Застрахованої особи, яку виключено з Переліку Застрахованих осіб, вважається дата, зазначена у відповідному додатковому договорі сторін. Додатковий договір укладається на підставі повідомлення Страхувальника про виключення відповідних осіб з Переліку Застрахованих осіб. Умови повернення часток страхових платежів за виключених осіб з Переліку Застрахованих осіб узгоджуються сторонами в додатковому договорі до Договору страхування.

16.3. Будь-які зміни до умов Договору страхування вносяться за взаємною згодою сторін Договору, про що сторони укладають в письмовій формі додатковий договір до Договору страхування.

17. БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ

17.1. Згідно з цими Правилами діють такі базові Програми страхування:

17.1.1. Програма «ПОЛІКЛІНІКА»

Дана Програма страхування передбачає надання Застрахованій особі амбулаторної медичної допомоги при настанні страхового випадку, якщо стан здоров'я Застрахованої особи не потребує постійного перебування її в Медичному закладі та є потребує постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Амбулаторна допомога організовується Страховиком згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

Програма включає такі послуги:

- консультація лікаря;
- виклик лікаря додому;
- телемедичні консультації;
- лабораторна діагностика;
- інструментальна діагностика;
- лікувальні процедури та маніпуляції;
- денний стаціонар;
- фізіотерапевтичні процедури;
- оформлення медичної документації;
- інші послуги, передбачені Договором страхування.

17.1.2. Програма «МЕДИКАМЕНТИ»

Дана Програма страхування передбачає надання Застрахованій особі медикаментозного забезпечення в разі надання амбулаторного та/або стаціонарного виду медичної допомоги. Якщо інше не передбачено Програмою страхування, покривається один курс лікування до 30 днів при настанні страхового випадку.

Програма включає послуги медикаментозного забезпечення:

- офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами;
- ін'єкційними препаратами;
- противірусними препаратами;
- гормональними препаратами;
- препаратами для анестезії;
- засобами медичного призначення (гіпсові пов'язки, шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо);
- засобами особистого догляду;
- фітопрепаратами;
- гомеопатичними препаратами;
- снодійними та заспокійливими засобами;
- гепатопротекторами;
- хондропротекторами;
- пробіотиками;
- протигрибковими препаратами;
- ферментними препаратами;
- ноотропними препаратами;
- полівітамінними комплексами;

- препаратами, що впливають на імунну систему;
- доставка медикаментів;
- інші послуги, передбачені Договором страхування.

17.1.3. Програма «СТАЦІОНАР»

Дана Програма страхування передбачає надання Застрахованій особі стаціонарної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованій особі під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, коли ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Організовується Страховиком цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Програма включає такі послуги:

- невідкладна госпіталізація;
- планова госпіталізація;
- консультація лікаря;
- альтернативна консультація;
- лабораторна діагностика;
- інструментальна діагностика;
- лікувальні процедури та маніпуляції;
- оперативні втручання;
- анестезіологічна допомога;
- фізіотерапевтичні процедури;
- розміщення в палаті стандартного типу;
- базове харчування в медичному закладі;
- перебування батьків з дитиною;
- оформлення медичної документації;
- інші послуги, передбачені Договором страхування.

17.1.4. Програма «ПРОФІЛАКТИКА»

Дана Програма страхування передбачає надання Застрахованій особі профілактичної медичної допомоги, що передбачає профілактичні медико-санітарні заходи, що проводяться незалежно від стану здоров'я Застрахованої особи та спрямовані на раннє виявлення захворювань Застрахованої особи.

Програма включає такі послуги:

- профілактика грипу;
- вітамінізація;
- профілактичний масаж;
- плановий патронаж вагітної жінки;
- медична допомога при пологах;
- патронаж дитини до 1 року;
- планова вакцинація дитини;
- профілактичний огляд за наказом МОЗ;
- профілактичний огляд;
- офтальмологія профілактична;
- планова професійна гігієна зубів;
- офісна аптечка;
- експрес-аптечка;

- офісний лікар;
- корпоративний ліміт;
- індивідуальний ліміт;
- інші опції, передбачені Договором страхування.

17.1.5. Програма «СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЦИНА»

Дана Програма страхування передбачає надання спеціалізованої медичної допомоги при окремих видах захворювань (в тому числі при критичних захворюваннях, передбачених Договором страхування), що передбачає звернення до спеціалізованих Медичних закладів.

Програма включає такі послуги:

- екстрена стоматологія;
- діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- діагностика та лікування дерматологічних захворювань;
- діагностика та лікування імунологічних захворювань;
- діагностика та лікування алергологічних захворювань;
- діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань;
- діагностика та лікування доброякісних новоутворень;
- діагностика та лікування злоякісних новоутворень;
- діагностика та лікування туберкульозу;
- діагностика та лікування цукрового діабету;
- діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- діагностика та лікування інших критичних захворювань, передбачених Договором страхування.

17.2. Сторони можуть погодити в Договорі страхування Програму страхування з іншим переліком видів допомоги та послуг, або поєднання кількох Програм страхування чи комбінацію видів допомоги та послуг з різних базових Програм страхування, передбачених цими Правилами.

17.3. Перелік видів допомоги та послуг, а також Програм страхування не є виключним, сторони в Договорі страхування можуть погодити інші види допомоги, послуги, Програми страхування, як не заборонені цими правилами та законодавством.

17.4. Страховик має право комбінувати різні види допомоги та послуг в межах Програми страхування, а у випадку появи нових методів діагностики та лікування – впроваджувати нові види допомоги та послуг, розробляти нові Програми страхування.

17.5 Детальний опис видів допомоги та послуг, а також порядок їх організації та/або надання Застрахованим особам наводиться у Договорі страхування.

18. СТРАХОВІ ТАРИФИ

18.1. Розмір базових річних страхових тарифів на одну Застраховану особу в залежності від обраної Програми страхування наведений в Таблиці №1.

Таблиця №1

Річні базові страхові тарифи, % від страхової суми

Базові Програми страхування	Тариф,%
Програма «ПОЛІКЛІНІКА»	8,0
При вибіркового страхуванні надання окремих послуг:	
консультація лікаря	3,8
виклик лікаря додому	4,0
телемедичні консультації	3,8
лабораторна діагностика	4,4
інструментальна діагностика	4,4
лікувальні процедури та маніпуляції	5,0
денний стаціонар	6,0
фізіотерапевтичні процедури	5,0
оформлення медичної документації	3,0
інші послуги, передбачені Договором страхування	6,0
Програма «МЕДИКАМЕНТИ»	7,0
При вибіркового страхуванні надання окремих послуг медикаментозного забезпечення:	
ін'єкційними препаратами	2,0
протівірусними препаратами	3,0
гормональними препаратами	2,0
препаратами для анестезії	2,0
засобами медичного призначення (гіпсові пов'язки, шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо)	1,0
засобами особистого догляду	1,0
фітопрепаратами	2,0
гомеопатичними препаратами	2,0
снодійними та заспокійливими засобами	1,0
гепатопротекторами	1,0
хондропротекторами	1,0
пробіотиками	1,0
протигрибковими препаратами	1,0
ферментними препаратами	1,0
ноотропними препаратами	1,0
полівітамінними комплексами	2,0

препаратами, що впливають на імунну систему	2,0
доставка медикаментів	5,0
інші послуги, передбачені Договором страхування	6,0
Програма «СТАЦІОНАР»	
	10,0
При вибіркового страхуванні надання окремих послуг:	
невідкладна госпіталізація	6,0
планова госпіталізація	6,0
консультація лікаря	5,0
альтернативна консультація	5,0
лабораторна діагностика	4,4
інструментальна діагностика	4,4
лікувальні процедури та маніпуляції	5,0
оперативні втручання	6,0
анестезіологічна допомога	2,0
фізіотерапевтичні процедури	5,0
розміщення в палаті стандартного типу	6,0
базове харчування в медичному закладі	4,0
перебування батьків з дитиною	6,0
оформлення медичної документації	3,0
інші послуги, передбачені Договором страхування	6,0
Програма «ПРОФІЛАКТИКА»	
	25,0
При вибіркового страхуванні надання окремих послуг:	
профілактика грипу	6,0
вітамінізація	10,0
профілактичний масаж	20,0
плановий патронаж вагітної жінки	20,0
медична допомога при пологах	20,0
патронаж дитини до 1 року	20,0
планова вакцинація дитини	20,0
профілактичний огляд за наказом МОЗ	20,0
профілактичний огляд	20,0
офтальмологія профілактична	20,0
планова професійна гігієна зубів	20,0
офісна аптечка	20,0
експрес-аптечка	20,0
офісний лікар	20,0
корпоративний ліміт	20,0
індивідуальний ліміт	20,0
інші опції, передбачені Договором страхування	20,0
Програма «СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЦИНА»	
	9,0
При вибіркового страхуванні надання окремих послуг:	
екстрена стоматологія	8,0

діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом	2,0
діагностика та лікування дерматологічних захворювань	0,4
діагностика та лікування імунологічних захворювань	0,4
діагностика та лікування алергологічних захворювань	0,4
діагностика та лікування гінекологічних та урологічних захворювань	0,6
діагностика та лікування доброякісних новоутворень	0,2
діагностика та лікування злоякісних новоутворень	0,2
діагностика та лікування туберкульозу	0,2
діагностика та лікування цукрового діабету	0,6
діагностика та лікування вірусних гепатитів	3,0
діагностика та лікування інших критичних захворювань, передбачених Договором страхування	5,0

18.2. При укладенні Договору страхування на строк менше року, розмір страхового платежу корегується на коефіцієнт короткостроковості, в залежності від строку дії Договору, на підставі Таблиці №2.

Таблиця №2

Коефіцієнти короткостроковості

Строк дії Договору страхування, місяців	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості, % від річного тарифу	30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

18.3. Страховик має право змінювати (зменшувати або збільшувати) тарифні ставки залежно від індивідуального ступеня ризику, умов страхування, розміру страхової суми, рівня медичної допомоги тощо, застосовуючи до базового страхового тарифу понижуючі (від 0,99 до 0,001) та/або підвищувальні (від 1,01 до 8,0) коефіцієнти.

18.4. Норматив витрат Страховика на ведення справи становить 40 відсотків в розмірі страхового тарифу.

Актуарій Борець Владислав Анатолійович
Свідоцтво № 01-032 від 15.05.2018

