

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Наказом № 87 від 01 листопада 2017 р.

НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ, ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
Генеральний директор Товариства з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Ю.Ес.Ай.»	
Підпис <i>О. Максимчук</i>	Г.Г.Ким
Дата 21.11.2017	Регістраційний номер 03 123 618



П РА В И Л А
добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
(нова редакція)

Київ – 2017 рік

ЗМІСТ

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	5
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	5
4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ	5
5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.....	5
6. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	6
7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	6
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	9
9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	10
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	10
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	13
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	13
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ ...	14
14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	15
15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	16
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	16
Додаток №1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (нова редакція) ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	17
1. ОПЦІЇ ТА ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ЗА ОПЦІЯМИ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВКЛЮЧЕНІ ДО ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	17
2. СТРАХОВІ ТАРИФИ	20

1. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

У цих Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (нова редакція) та в укладених на їх підставі Договорах страхування терміни та визначення вживаються у нижченаведеному значенні (якщо інше не буде обумовлено Договором страхування).

Асистуюча компанія - юридична особа, яка діє від імені та за дорученням Страховика і провадить організацію і контроль щодо надання медичних та інших послуг Застрахованій особі в межах чинного законодавства. Вона оплачує надання таких послуг з відповідною компенсацією з боку Страховика.

Базова лікувально-профілактична установа – медичний заклад, який може бути передбачений Класом та Програмою страхування, зазначений в Договорі страхування, у який переважно направляються Застраховані особи для отримання медичних та інших послуг.

Гостре захворювання – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.

Гострий біль - така реакція нервової системи на зовнішній чи внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю Застрахованої особи.

Договір страхування – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання в разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату безпосередньо (або через Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс)) закладу, який надав лікувально-діагностичні, профілактичні, транспортні або інші послуги, передбачені Договором страхування та Програмою страхування Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

Екстрена госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, що загрожує життю і потребує невідкладного стаціонарного лікування.

Загострення хронічної хвороби (рецидив) – період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до відновлення працездатності (визначається лікарем).

Застрахована особа – фізична особа, резидент або нерезидент України, на користь якого укладений Договір страхування і який може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Лікар-координатор – представник Страховика, який організовує надання медичної допомоги Застрахованій особі.

Лікувально-профілактичні установи (заклади) (ЛПУ) – заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

Ліміт відповідальності Страховика – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Сторін може встановлюватись при укладанні Договору страхування по програмах страхування та / або окремих видах страхових послуг.

ЛПУ з Переліку Страховика – ЛПУ, з якими Страховик (Асистуюча компанія) уклав договір про співробітництво та у яких буде здійснюватися надання Застрахованій особі медичних та інших послуг відповідно до Програми страхування.

Місце дії Договору – територія, під час перебування на якій Застрахованої особи, у разі виникнення в неї розладу здоров'я (викликаного гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання чи нещасним випадком), Страховик повинен оплатити (відшкодувати) вартість наданих їй медичних та оздоровчих послуг, передбачених відповідною Програмою страхування.

Медична допомога – комплекс спеціальних заходів, направлених на поліпшення стану здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, ранню діагностику захворювань,

допомогу особам з травмами, гострими захворюваннями та загостреннями хронічних хвороб і реабілітацію хворих та інвалідів, консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, а також надання медикаментів і медичних матеріалів, необхідних для лікування Застрахованих осіб.

Планова госпіталізація – надання стаціонарної медичної допомоги Застрахованій особі з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, що не потребують невідкладного надання медичної допомоги за життєвими показниками та можуть бути відстрочені у часі.

Нещасний випадок – випадкова, короткочасна подія або раптовий вплив на Застраховану особу різноманітних небезпечних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних, тощо), характер, час і місце дії яких можуть бути однозначно визначені та які відбулись проти волі Застрахованої особи, і внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю Застрахованої особи (тимчасовий або постійний розлад здоров'я) або настала смерть Застрахованої особи.

До нещасних випадків відноситься: травматичне ушкодження; опіки; відмороження; випадкове гостре отруєння отруйними рослинами, хімічними речовинами (промисловими або побутовими), недоброякісними харчовими продуктами (за винятком харчової токсикоінфекції, сальмонельозу, дизентерії), ліками, отруйними рослинами; сказ внаслідок укусу тварини; правець; утоплення; ураження блискавкою або електричним струмом; укуси тварин або отруйних комах, змій; захворювання кліщовим енцефалітом (енцефаломієлітом); проникнення стороннього тіла; випадкове попадання в дихальні шляхи стороннього тіла; удушення та ін.

Травматичне ушкодження – це одномоментне порушення анатомічної цілісності тканин та/або органів людини, яке супроводжується розладом їх функцій та обумовлене впливом різноманітних факторів навколишнього середовища.

Програма добровільного медичного страхування (далі – Програма страхування) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, транспортних та інших послуг певного обсягу та якості, що надаються Застрахованій особі згідно з Договором страхування.

Страховик – Товариство з додатковою відповідальністю «Страхова компанія «Ю.Ес.Ай.», яке одержало у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Страхувальники – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які укладають із Страховиком Договори добровільного медичного страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору страхування і з настанням якої виникає зобов'язання Страховика здійснити страхову виплату Застрахованій особі або іншій третій особі (у т.ч. медичному, транспортному або іншому закладу, що надав допомогу, виконав послугу відповідно до Договору страхування).

Страхова виплата – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору страхування.

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

Страховий платіж (внесок, премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов Договору страхування.

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

Терористичні дії – в контексті цих Правил розуміються такі дії, які включають, але не обмежуються використанням сили або насилля та/або погрози використання сили або насилля від особи або групи осіб, які діють самостійно, представляють чи пов'язані з будь-якою(-якими) організацією(-ями) або владою(-ами), які по своїй природі створені з метою або у зв'язку з політичною, релігійною, ідеологічною або подібною метою, включаючи наміри впливати на владу та/або для залякування суспільства або його частки.

Франшиза – передбачена Договором страхування частина збитків, яка в разі настання страхового випадку Страховиком не відшкодовується.

Хронічна хвороба (хронічне захворювання) – хвороба з первинним перебігом більше 6 місяців або періодами загострень частіше 3 разів на рік та / або виявленими стійкими (таким, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

- 2.1 Страховик згідно із Законом України «Про страхування» і на умовах цих Правил укладає зі Страхувальниками Договори добровільного медичного страхування (далі – Договори страхування). Страхувальник, який уклав Договір страхування на свою користь, є Застрахованою особою за Договором страхування. Страхувальник може укласти Договори щодо страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за згодою цих осіб, крім випадків, передбачених законодавством України.
- 2.2 Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які внесені в список Застрахованих осіб, що є невід'ємною частиною Договору страхування.
- 2.3 За цими Правилами укладаються Договори страхування з дієздатними фізичними особами, які є громадянами України, іноземними громадянами, особами без громадянства або юридичними особами будь-якої організаційно-правової форми, резидентами та нерезидентами України (надалі – Страхувальники), згідно з якими Страховик гарантує організацію і фінансування медичних та інших послуг за переліком, передбаченим Договором страхування та /або відповідною Програмою добровільного медичного страхування.
- 2.4 Вік Застрахованої особи на момент укладання Договору страхування не повинен бути меншим 3 років та старшим за 70 років, якщо інше не передбачене Договором страхування.
- 2.5 Ці Правила регулюють загальні умови та порядок страхування. За згодою Сторін у Договір страхування можуть бути внесені додаткові або інші умови, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 3.1 Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у Договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ

- 4.1. Розмір страхової суми визначається за узгодженням Сторін залежно від обраної Програми страхування і вартості окремих медичних та інших послуг, передбачених цією Програмою, на момент укладання Договору страхування в регіоні страхування.
- 4.2. Погоджений Сторонами розмір страхової суми зазначається в Договорі страхування.
- 4.3. У Договорі страхування можуть бути встановлені окремі страхові суми (ліміти відповідальності) за окремими Програмами страхування, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором страхування медичної допомоги.
- 4.4. Розмір страхової суми (ліміт відповідальності Страховика за окремими Програмами страхування) може бути змінено за узгодженням Сторін до настання страхового випадку.

5. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.

- 5.1. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (мотивованого звернення за медичною допомогою, факту захворювання або втрати працездатності в результаті нещасного випадку) з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих у рамках обраної Програми страхування на момент укладання Договору страхування, кількості Застрахованих осіб, переліку страхових випадків і т. ін.
- 5.2. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів страхування на підставі цих Правил, наведені в Додатку № 1 до цих Правил.
- 5.3. Страхувальник зобов'язаний внести Страховику страховий платіж як плату за страхування.
- 5.4. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі страхування згідно з умовами п.5.1. цих Правил.
- 5.5. Страховий платіж може бути сплачений готівкою в касу Страховика або безготівковим перерахуванням на поточний рахунок Страховика (його представника).
- 5.6. Страхувальники згідно з укладеним Договором страхування мають право вносити платежі

лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники - нерезиденти - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

5.7. Зазначений в Договорі страхування страховий платіж за узгодженням Сторін може сплачуватися одноразово або частинами. Конкретні умови, строки або терміни сплати страхового платежу встановлюються Договором страхування.

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

6. СТРАХОВИЙ РИЗИК ТА СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

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

6.2. Відповідно до цих Правил, страховим ризиком є:

6.2.1. непередбачене гостре захворювання, що потребує надання екстреної медичної допомоги;

6.2.2. загострення хронічної хвороби (хронічного захворювання), яке становить загрозу життю Застрахованої особи;

6.2.3. розлади здоров'я Застрахованої особи, що є наслідками нещасного випадку, який трапився із Застрахованою особою під час дії Договору страхування, та на території дії Договору страхування;

6.2.4. необхідність звернення до медичного закладу та/або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) у інших випадках, передбачених Договором страхування.

6.3. Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з Договором страхування. Страховим випадком визнається звернення Застрахованої особи під час та у місці дії Договору страхування до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу), медичного або іншого профілактично-оздоровчого закладу, передбаченого Договором або Програмою страхування, з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, нещасного випадку, або з профілактичною чи іншою метою (якщо це передбачено Програмою страхування), та отримання медико-санітарної допомоги та іншої допомоги або інших послуг у межах та в обсязі Програми страхування та лімітів страхування згідно з умовами Договору страхування.

Договором страхування можуть бути передбачені певні обставини, передумови або стани Застрахованої особи, які визнаються страховими випадками згідно з умовами Договору страхування у випадку звернення Застрахованої особи за отриманням відповідної допомоги та інших послуг.

7. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

7.1. Якщо інше не передбачене Договором страхування, не приймаються на страхування:

7.1.1. особи, визнані у встановленому порядку недієздатними;

7.1.2. особи віком понад 70 (сімдесят) років;

7.1.3. інваліди I та II групи інвалідності, діти-інваліди;

7.1.4. особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, ВІЛ-інфекцію, психічні захворювання), а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (включаючи, але не обмежуючись: онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному);

7.1.5. хворі на тяжкі форми захворювань серцево-судинної системи;

7.1.6. госпіталізовані на дату початку дії Договору страхування.

7.2. Страховик має право достроково припинити Договір страхування Застрахованої особи, якщо буде встановлено факт її відношення до осіб, зазначених у п 7.1. цих Правил. Сплачені за такими Договорами страхові платежі за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи,

визначених при розрахунку страхових тарифів, та страхових виплат повертаються Страхувальнику.

7.3. Страховик не організовує та не здійснює (якщо інше не передбачено Програмою страхування) **оплату медичних послуг**, потреба в яких виникла у зв'язку з такими захворюваннями та станами:

7.3.1. Захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до набуття чинності Договором страхування.

7.3.2. СНІД та ВІЛ-інфекція; наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, в т.ч. стани, захворювання, травми, опіки та отруєння, отримані внаслідок цих станів;

7.3.3. Захворювання, за яким встановлена група інвалідності (I, II, III), категорія «дитина-інвалід» та їх ускладненнями, вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання;

7.3.4. Професійні захворювання відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України професійної патології (наприклад, асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);

7.3.5. Класичні венеричні захворювання (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); діагностика та лікування захворювання, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в т.ч. числі гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломавірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз та ін.); ToRCH- інфекції поза загостренням (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес - вірус), вірус Епштейн - Барра;

7.3.6. Лікуванням, більш, ніж одним курсом тривалістю до 30 днів, вагінального кандидозу, бактеріального вагінозу (гарднерельозу);

7.3.7. Інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амєбіаз, лямбліоз, аскаридоз);

7.3.8. Дерматологічні захворювання: в т.ч. мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний моллюск, вітіліго;

7.3.9. Вікові дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення, а саме: катаракта, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, подагра, остеопороз; остеохондроз;

7.3.10. Цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні захворювання та їх ускладнення на всіх стадіях захворювання;

7.3.11. Аденоїдними вегетаціями, гіпертрофією носових мушелей;

7.3.12. Хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт;

7.3.13. Функціональні розлади органів травлення: дискінезії жовчовивідних шляхів – окрім випадків, коли ДЖШ виникає як супутній діагноз основного захворювання гастроентерологічного профілю, функціональний закріп, диспанкреатизм; стани, що супроводжуються порушенням фізіологічної мікрофлори організму;

7.3.14. Комп'ютерний синдром, синдром сухого ока, глаукома, міопія, косоокість;

7.3.15. Системні захворювання сполучної тканини, в т.ч. ревматизм неактивна фаза; демієлінізуючі захворювання; аутоімунні та алергічні хвороби;

7.3.16. Безпліддя, порушення сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональні стани, мастопатія; аденома простати, ендометріоз, фіброміома, окрім невідкладних станів, які супроводжуються кровотечею; вагітність та пологи (за винятком позаматкової вагітності), звичне не виношування вагітності;

7.3.17. Психічні захворювання, психопатії, неврози, астено - депресивні стани, синдром хронічної втоми, епілепсія, порушення мови;

7.3.18. Тривалим, понад 14 днів, субфебрилітетом невідомого походження (37,0° С – 38,0° С).

7.3.19. Хвороби крові (окрім залізодефіцитної анемії 3 ст.) в т.ч. онкогематологічні захворювання;

7.3.20. Хронічні хвороби периферійних судин (в т.ч. варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, облітеруючий атеросклероз, хвороба Рейно, хронічна венозна недостатність);

7.3.21. Гіпертонічною хворобою, вегетативними (нейроциркуляторними) дистоніями (ВСД, НЦД) та дисциркуляторними енцефалопатіями, окрім невідкладної допомоги при кризових станах;

7.3.22. Особливо небезпечні інфекції: в т.ч. чума, холера, натуральна віспа, геморагічні лихоманки; захворювання, що потребують проведення карантинних заходів.

7.3.23. Бородавки, папіломи, атероми та доброякісні пухлини (в т.ч. ліпоми, поліпи, гемангіоми, гігроми) за винятком ускладнених випадків (травмування, запалення, кровотеча, швидкий ріст тощо);

7.3.24. Хронічна ниркова, печінкова та серцева недостатність;

7.3.25. Діагностика та лікування гепатитів (крім вірусного гепатиту А), мікс – гепатити, цироз печінки, гепатоз.

7.4. Страховик не оплачує медичному закладу та не відшкодовує Застрахованій особі (якщо інше не передбачено Програмою страхування):

7.4.1. Витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою страхування;

7.4.2. Витрати на придбання медикаментів без призначення лікаря або при отриманні медичних послуг без направлення лікаря;

7.4.3. Витрати на медикаменти курсом лікування понад 30 днів;

7.4.4. Вартість придбання та ремонту допоміжних засобів медичного користування та технічних і інших засобів реабілітації (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців Шанца, бандажів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів тощо (штучні водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металоостеосинтезу тощо);

7.4.5. Витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання (розладу здоров'я);

7.4.6. Медичні послуги, одержані Застрахованою особою без погодження Страховика (Асистуючої компанії або в інших, ніж визнані Страховиком (Асистуючою компанією) медичних закладах, або на умовах, що не передбачені Договором);

7.4.7. Профілактичні огляди; диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;

7.4.8. Медикаменти, призначені з метою профілактики, у т.ч. біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (окрім випадків необхідності їх призначення при антибіотикотерапії), стимулятори загальної дії (бальзам Бітнера, Вігор, та ін.), ферменти загальної дії (вобензим, флогензим та ін.), препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, психотропні препарати, цитостатики, хондро- та гепатопротектори, БАДи;

7.4.9. Будь-які послуги за абонементом; відшкодування благодійних внесків;

7.4.10. Лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; реабілітація та відновлювальна терапія після перенесених травм та захворювань;

7.4.11. Витрати на: медичні довідки для органів МВС, носіння зброї, вступу до учбових/дитячих закладів, тощо; сертифікати нарколога та психіатра тощо; відкриття та закриття лікарняного листку без огляду лікаря, доставку лікарняного листку в офіс, додому; оформлення лікарняного листку по догляду за дитиною;

7.4.12. Медичні маніпуляції на дому (ін'єкції, забір аналізів та інше);

7.4.13. Професійні огляди; освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності (категорії «дитина – інвалід»); транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару додому, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, оплата послуг таксі тощо;

7.4.14. Обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в т.ч. гіпноз, психотерапія; консультація та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда; іридодіагностика, біокорекція, мануальна терапія, рефлексотерапія, гірудотерапія; плазмаферез, гемосорбція, гемодіаліз, озонотерапія, плазмофільтрація, УФО крові, аутогемотерапія;

7.4.15. Додаткові (альтернативні) консультації та обстеження, окрім випадків, коли лікуючий лікар медичного закладу видає письмове направлення на додаткову консультацію (обстеження), або Застрахована особа письмово звернулась з заявою до Довіреного лікаря Страховика з обґрунтуванням поважних причин про необхідність альтернативної консультації (обстеження) та отримала згоду від Страховика;

7.4.16. Косметичний, профілактичний, лікувальний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування (процедури), використання барокамери, SPA - капсули та лазерних технологій;

- 7.4.17. Витрати на виробу медичного призначення (медичні вироби), крім шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (не мають реєстрації на території України);
- 7.4.18. Витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;
- 7.4.19. Витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.), медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;
- 7.4.20. Виклик до дому професорів, докторів (кандидатів) медичних наук, лікарів вузькопрофільної спеціалізації або консультації в поліклініці провідних (головних) фахівців, професорів, докторів (кандидатів) медичних наук;
- 7.4.21. Косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планова герніопластика, риноластика, венектомія тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні, операції на серці, судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору страхування та підтверджений документально;
- 7.4.22. Трансплантацію органів та тканин; протезування (у т.ч. зубів);
- 7.4.23. Забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;
- 7.4.24. Витрати на засоби, які корегують функції органів, в т.ч. штучні водії ритму, стенти, серцеві клапани;
- 7.4.25. Витрати на медикаменти, необхідні для тривалого прийому (в т.ч. гормональні, ферментні, антигіпертензивні препарати);
- 7.4.26. Медичні послуги щодо штучного запліднення, проведення абортів без медичних показань, контрацепції, стерилізації; послуги з планування сім'ї, лікування безпліддя, імпотенції, клімактеричного синдрому, порушення менструального циклу; лікування гіперандрогенії, полікістозу яєчників, синдрому виснаження яєчників, гіперпролактинемії; визначення гормонального стану (більше 5-ти гормонів протягом строку дії Договору); застосування препаратів-аналогів гонадотропін-рилізінг-гормону (в т.ч. золадекс, диферелін), гормональних спіралей типу „Мірена”;
- 7.4.27. Медичні послуги щодо зміни ваги, діагностики та лікування ожиріння (ліпідограма), модифікації тіла з метою поліпшення психологічного стану, в т.ч. хірургічна зміна статі; планову діагностику гомеостазу організму (імунограма, алергопроби (алергологічна панель)); консультацію імунолога, сенситілізуючу терапію при алергозах тощо;
- 7.4.28. Корекцію зору (лікування короткозорості, далекозорості, астигматизму, конусу), вартість окулярів, лінз, тренажерів, процедур, в т.ч. апаратного лікування косоокості, підбір окулярів, лазерної біостимуляції сітківки;
- 7.4.29. Моральну шкоду та упущену вигоду.
- 7.5. Страховик не відшкодовує витрати щодо надання медичних послуг у зв'язку з ушкодженнями або хворобами, що мали місце до укладання Договору страхування, що є наслідком самолікування (тобто вживання ліків без призначення лікаря), а також витрат з приводу будь-яких операцій чи лікування, не завершених до початку дії Договору страхування (якщо інше не буде передбачено Договором страхування).

У випадку первинного виявлення хвороб, за лікування яких не передбачені страхові виплати за цими Правилами (обраною Програмою страхування), Страховик сплачує вартість тих медичних послуг, які були необхідні для встановлення діагнозу.

7.6. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги або випадки в рамках Програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

7.7. Умовами окремого Договору страхування або Програми страхування, перелік виключень та обмежень страхування може бути звужений, доповнений або змінений.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування укладається на строк до одного року, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.2. Місце дії Договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено Договором страхування або Програмою страхування.

9. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

- 9.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Подання заяви не зобов'язує Страхувальника та Страховика укласти Договір страхування.
- 9.2. При укладанні Договору страхування Страховик має право витребувати у Страхувальника всі документи, які необхідні для оцінки страхового ризику. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, в тому числі результати попереднього медичного обстеження.
- 9.3. Договір страхування укладається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться (по одному примірнику) у кожної із Сторін.
- 9.4. Укладання Договору страхування засвідчується підписами Страхувальника та уповноваженої особи Страховика і печаткою Страховика, а у випадку, коли Страхувальником виступає юридична особа – підписом уповноваженої особи Страхувальника і печаткою Страхувальника.
- 9.5. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачено Договором страхування. У Договорі страхування може бути передбачено наступний порядок набуття чинності:
- 9.5.1. при розрахунках готівкою - з моменту, вказаного як початок строку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу або першої його частини представнику Страховика або в касу Страховика;
- 9.5.2. при безготівкових розрахунках - з моменту, вказаного як початок строку дії Договору, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу або першої його частини на поточний рахунок Страховика в повному обсязі або визначеної частини, якщо інше не обумовлено Договором страхування.
- 9.6. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині дня, зазначеного у Договорі страхування, як день закінчення його дії.
- 9.7. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.
- 9.8. Фактом укладання Договору страхування Страхувальник (Застрахована особа) звільняє лікарів медичних установ від зобов'язання конфіденційності перед Страховиком стосовно інформації щодо страхового випадку.
- 9.9. У випадку страхування групи осіб, Договір страхування (поліс, сертифікат) може бути виданий як на кожного члена групи, так і на всю групу. В останньому випадку до Договору додається список Застрахованих осіб, із зазначенням розміру страхового тарифу та страхової суми для кожної Застрахованої особи. Форму списку Застрахованих осіб визначає Страховик. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування (полісу, сертифікату) і підписується Сторонами Договору.
- 9.10. Застрахованій особі забороняється передавати Договір страхування (поліс, сертифікат) іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги та інших послуг.
- 9.11. У разі втрати Договору страхування (полісу, сертифікату) Страхувальник повинен на підставі особистої письмової заяви одержати у Страховика дублікат. З моменту видачі дублікату втрачені примірники вважаються недійсними, виплати за ними не здійснюються.
- 9.12. У Договорі страхування за погодженням Сторін може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір страхування і не діють в конкретних умовах страхування.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. Вимагати від Страховика оплати медичних послуг певного переліку і якості в обсязі Програми страхування, що була передбачена Договором страхування;

10.1.2. Звернутися до Страховика із проханням щодо розширення переліку Програм страхування або підвищення розміру страхової суми, шляхом внесення змін до Договору страхування та сплативши при цьому додатковий платіж;

10.1.3. Достроково припинити дію Договору страхування в порядку та на умовах, передбачених Договором та цими Правилами;

10.1.4. Отримати від Страховика будь-яку інформацію, що стосується умов укладеного між ними Договору страхування;

10.1.5. Звертатися до Страховика при настанні страхового випадку за інструкціями щодо порядку отримання необхідної допомоги;

10.1.6. Ініціювати внесення змін до Договору страхування;

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та в строки, визначені Договором страхування;

10.2.2. 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 будь-яку зміну страхового ризику;

10.2.3. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика, про зміст Договору страхування, які стали йому відомі при укладанні та під час його дії;

10.2.4. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо даного предмету Договору страхування;

10.2.5. В межах своєї компетенції вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я Застрахованих осіб та проводити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

10.2.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування;

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

10.3. Застрахована особа має право:

10.3.1. У разі настання страхового випадку отримувати медичну допомогу належної якості в обсязі Програм страхування та в межах лімітів страхування, які передбачені Договором страхування;

10.3.2. Провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Сторін, якщо Договором страхування не передбачено інше;

10.3.3. Частину вартості отриманих медичних послуг сплачувати самостійно на умовах, передбачених Договором страхування.

10.3.4. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт неналежного медичного обслуговування у базовому медичному закладі;

10.4. Застрахована особа зобов'язана:

10.4.1. Проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому Застрахованій особі надається медична допомога;

10.4.2. Турбуватися про збереження страхових документів і не передавати їх іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги;

10.4.3. У разі втрати страхових документів протягом одного робочого дня сповістити про це Страховика;

10.4.4. Достовірно інформувати медичну установу та Страховика про стан свого здоров'я і існуючі ризики щодо його погіршення та інші випадки зміни ступеню ризику;

10.4.5. Надавати лікарю-експерту Страховика, Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи;

10.4.6. Повідомити Страховика про настання страхового випадку у порядку та у строки, передбачені Договором страхування;

10.5. Страховик має право:

- 10.5.1. Перевіряти достовірність даних, повідомлених йому Страхувальником та Застрахованою особою;
- 10.5.2. Вимагати проведення попереднього медичного обстеження з метою одержання достовірних даних для оцінки страхового ризику;
- 10.5.3. Відмовити у прийнятті на страхування особи на підставі даних анкети про стан здоров'я, проведеного обстеження або на підставі відмови такої особи проходити медичне обстеження;
- 10.5.4. Робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, які можуть володіти інформацією про обставини настання страхового випадку;
- 10.5.5. Повністю або частково відмовити в оплаті медичних послуг відповідно до розділів 7 та 14 цих Правил, а також у випадках, передбачених Договором страхування;
- 10.5.6. Відкласти вирішення питання про оплату медичних послуг або відмову від оплати при виникненні обґрунтованих сумнівів з приводу достовірності інформації, що надається Страхувальником (Застрахованою особою), до повного з'ясування усіх обставин;
- 10.5.7. Достроково припинити дію Договору страхування або ініціювати внесення змін в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та Договором страхування;
- 10.6. Страховик зобов'язаний:**
- 10.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;
- 10.6.2. 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;
- 10.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування або законом;
- 10.6.4. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;
- 10.6.5. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування;
- 10.6.6. Не розголошувати відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які стали йому відомі під час укладання та дії Договору страхування, тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан, за винятком випадків передбачених законодавством України;
- 10.6.7. Видати Страхувальнику Договір страхування із зазначенням обраної Програми страхування;
- 10.7. Сторони повинні дотримуватись умов Договору страхування та цих Правил.
- 10.8. Договір страхування може передбачати інші (та/або додаткові) права та обов'язки Страховика, Страхувальника, Застрахованої особи.
- 10.9. Страховик та Страхувальник мають також інші права та обов'язки, визначені в інших розділах цих Правил, а також передбачені законодавством України.
- 10.10. Застраховані особи можуть набути прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.
- 10.11. У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих осіб.
- 10.12. У випадку визнання судом Страхувальника – фізичної особи недієздатним, його права і обов'язки за Договором страхування переходять до його опікуна. У разі визнання судом Страхувальника – фізичної особи обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за Договором страхування лише за згодою піклувальника.
- 10.13. За невиконання або неналежне виконання умов Договору страхування Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором страхування та чинним законодавством України.
- 10.14. За несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик несе майнову відповідальність шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені у розмірі, передбаченому Договором

страхування, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення, від суми заборгованості за кожний день прострочення.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. У випадках, передбачених Договором страхування, Страхувальник (Застрахована особа) повинен звернутися до Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) за телефоном, зазначеним в Договорі страхування, та отримати інформацію щодо подальших дій.

11.2. Медичні послуги (крім послуг невідкладної медичної допомоги) Застрахованій особі надаються медичними закладами за умови пред'явлення нею медичному закладу наступних документів:

11.2.1. письмового направлення лікаря-експерта Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або попередньої домовленості по телефону;

11.2.2. Договору страхування (полісу, сертифікату);

11.2.3. документу, що засвідчує особу.

11.3. Якщо Застрахованій особі необхідна екстрена медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Спеціалізованій службі Страховика (Асистансу) або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги. Таке повідомлення може бути передане будь-якою особою, що діятиме від імені Застрахованої особи: її родичами, працівниками медичного закладу тощо.

11.4. У разі необхідності отримання медичної допомоги в медичному закладі, не передбаченому Договором страхування, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика/ Асистуючу компанію протягом строку, визначеного у Договорі страхування, і узгодити обсяг та вартість необхідної медичної допомоги до моменту її отримання.

11.5. Договором страхування може бути передбачений інший порядок звернення Застрахованих осіб за медичною допомогою або інші дії при настанні страхового випадку.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

12.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та встановлених Договором страхування лімітів відповідальності) вартість наданих медичним закладом послуг на підставі рахунків медичних закладів наданих Страховику через Спеціалізовану службу Страховика (Асистанс) або безпосередньо медичним закладом.

12.2. Якщо Застрахована особа за узгодженням зі Страховиком сама сплатила вартість наданих медичних послуг чи придбала медикаменти за виписаними довіреним лікарем Страховика або Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих документів.

Для одержання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа) надає Страховику:

12.2.1. заяву;

12.2.2. копію паспорту;

12.2.3. копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру;

12.2.4. медичну довідку (виписку з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційний висновок та т.і.);

12.2.5. рецепти на придбання ліків;

12.2.6. квитанції та касові і товарні чеки, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;

12.2.7. інші документи на вимогу Страховика у разі недостатності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів для встановлення факту, обставин, причин настання, наслідків страхового випадку та розміру страхової виплати.

12.3. Договором страхування може бути передбачений інший, ніж зазначений у п.12.2. перелік документів, необхідних для отримання страхової виплати.

12.4. Документи, що зазначені у п.12.2., повинні бути надані Страховику протягом 10 (десяти) календарних днів після сплати особисто Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних послуг або медикаментів, якщо інше не передбачене Договором страхування. Якщо

існували істотні причини, через які документи не були подані вчасно, вони подаються як тільки це буде можливо, з обґрунтуванням причин затримки.

12.5. В контексті цих Правил істотними вважатимуться такі причини: перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні, перебування Застрахованої особи за межами країни постійного проживання у відрядженні, відпустці тощо.

12.6. Виплата здійснюється в межах страхової суми та лімітів відповідальності, обумовлених Договором страхування та Програмою страхування.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

13.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

13.1.1. Перерахування коштів на рахунок Спеціалізованої служби Страховика (Асистансу) або медичного або іншого закладу, який надав послуги (якщо інше не передбачене Договором страхування) на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість фактично наданої (необхідної) медичної допомоги та інших послуг. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком, Спеціалізованою службою Страховика (Асистансом) або іншим закладом, що надав послуги;

13.1.2. Відшкодування Страхувальнику (Застрахованій особі) вартості отриманих нею медичних послуг у разі самостійної їх оплати за умови надання всіх документів, що перераховані у розділі 12 цих Правил та відповідному розділі Договору страхування, які підтверджують факт настання страхового випадку та факт і розмір оплати за отримані медичні послуги.

13.2. Страхова виплата медичному закладу, аптеці, іншій установі або закладу, Асистуючій компанії здійснюється у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та медичним закладом, аптекою, іншою установою або закладом, Асистуючою компанією.

13.3. Рішення про відмову у страховій виплаті або здійснення страхової виплати безпосередньо Страхувальнику (Застрахованій особі) приймається протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання всіх необхідних документів, передбачених розділом 12 цих Правил, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

13.4. Страхова виплата здійснюється Страхувальнику (Застрахованій особі) впродовж 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення (складання страхового акту) про страхову виплату, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

13.5. У разі прийняття рішення про відмову у страховій виплаті Страховик протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення (якщо інше не передбачене Договором страхування) повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу), в письмовій формі з обґрунтуванням причини відмови.

13.6. Якщо у Страховика виникли сумніви відносно достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою) документів, строк прийняття рішення щодо страхової виплати або відмови у страховій виплаті продовжується на період отримання Страховиком необхідних підтверджуючих документів від організацій, підприємств та установ, які володіють необхідною інформацією, але цей строк не може перевищувати 90 (дев'яносто) днів. Якщо за фактом події, яка має ознаки страхового випадку, щодо Застрахованої особи (Вигодонабувача) розпочате досудове розслідування (досудове слідство) в рамках кримінального провадження, строк прийняття рішення про визнання або невизнання випадку страховим може бути відстрочений до закінчення досудового розслідування (зупинення/закінчення досудового розслідування), або постановлення вироку у кримінальному провадженні, але не більше ніж на 12 (дванадцять) місяців з дати початку такого розслідування.

13.7. Договором страхування також може бути передбачено здійснення страхової виплати у вигляді певного відсотку вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги, решту вартості Застрахована особа оплачує самостійно. Порядок та умови оплати у цьому випадку визначаються у Договорі страхування.

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

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

14.1.1. Навмисні дії Страхувальника (Застрахованої особи), 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 (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до законодавства України;

14.1.2. Вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.5. Ненадання Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, зазначених у Договорі страхування.

14.1.6. Отримання Застрахованою особою послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у розділі 7 та інших положеннях цих Правил та у відповідних розділах Договору страхування.

14.1.7. Одержання медичних послуг Застрахованою особою без узгодження зі Страховиком в умовах або медичних закладах, що не передбачені Договором страхування.

14.1.8. Невиконання Страхувальником (Застрахованою особою) будь-якого із зобов'язань, що передбачені Договором страхування.

14.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші, ніж зазначені у п.14.1. цих Правил підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

15. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Про намір внести зміни до умов Договору страхування Сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого строку внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

15.2. Будь-які зміни умов Договору страхування здійснюються за взаємною згодою Страхувальника та Страховика шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування. Внесені зміни набувають чинності з дати підписання Сторонами додаткової угоди, якщо інше не буде обумовлено Сторонами.

15.3. У разі незгоди будь-якої із Сторін на внесення змін у Договір страхування, у строк до 10-ти днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

16.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі;

16.1.3. Несплати Страхувальником страхового платежу (або його частини) у строки, що встановлені у Договорі. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший або черговий страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору.

16.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи (Застрахованої особи) чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків передбачених законом;

16.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законом;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. У інших випадках, передбачених законом України.

16.2. 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 Сторону не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

16.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

16.4. У разі дострокового припинення 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 витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

16.5. У всіх випадках дострокового припинення дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику страхові документи, які дають право на одержання медичної допомоги.

16.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо при укладенні Договору страхування платежі було здійснено в безготівковій формі.

17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

17.1. З питань, не врегульованих Договором страхування, Сторони керуються цими Правилами та чинним законодавством.

17.2. Спори за Договором між Страхувальником та Страховиком вирішуються шляхом переговорів.

17.3. Якщо Сторони під час переговорів не дійшли згоди, вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому законодавством України.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Умови, що не врегульовані цими Правилами, регулюються Договором страхування та чинним законодавством України.

18.2. Цими Правилами регламентовано основні умови страхування. Однак за згодою Сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, особливі умови або виключення щодо положень цих Правил, виходячи з конкретних умов страхування, що не суперечать чинному законодавству України.

Додаток №1

до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція)

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Програма страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька Опцій страхування (надалі - Опції). Для однієї, кількох або для кожної із цих Опцій, в тому числі у межах однієї послуги, додаткових послуг можуть встановлюватись франшизи, ліміти відповідальності (обмеження) щодо обсягу медичної допомоги та/або максимального розміру страхової виплати, що здійснюватиметься за умови настання страхового випадку.

За погодженням Сторін Договором страхування можуть бути змінені та/або доповнені умови страхування, зазначені у Опціях та у Додаткових послугах за Опціями, іншими умовами, які не суперечать нормам законодавства та цим Правилам. Конкретні умови страхування (у т.ч. умови Програм страхування) зазначаються у Договорі страхування.

Страхова сума, що встановлюється у Договорі страхування за згодою Сторін, може складатися із окремих страхових сум за кожною, кількома чи всіма Програмами чи Опціями.

Тариф за окремими Опціями може бути скоригований із застосуванням коефіцієнтів, передбачених цими Правилами. За усіма без виключення Програмами чи Опціями можуть бути передбачені додаткові послуги за умови сплати додаткового платежу.

1. ОПЦІЇ ТА ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ЗА ОПЦІЯМИ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВКЛЮЧЕНІ ДО ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Амбулаторно – поліклінічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ в тому числі:

- консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів: оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог, кардіолог, хірург, уролог, гінеколог, мамолог, дерматолог, ендокринолог, гастроентеролог, травматолог, проктолог та інші.
- проведення лабораторних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показами: загально-клінічні аналізи, біохімічні показники крові, гематологічна і гормональна панель, бактеріологічні дослідження, інфекційна панель та інші.
- проведення інструментальних методів діагностики в амбулаторних умовах за медичними показами: ультразвукова діагностика (узд), ендоскопічні маніпуляції, рентгенологічні дослідження, інструментальні функціональні дослідження, кт, мрт та інші.

1.2 Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні* передбачає забезпечення Застрахованих осіб медичними препаратами (офіційно зареєстрованими на Україні), які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах основного захворювання курсом до 30 днів за кожною нозологією протягом року. Умовами окремої Програми страхування строк курсу медикаментозного лікування може бути змінено.

* - забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Програмами.

1.3 Стационарна допомога (екстрена або екстрена та планова) передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) лікування в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності);
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;

- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
- харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

1.4 Швидка та/або невідкладна медична допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;
- огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу;
- діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;
- медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
- транспортування машиною невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

1.5 Стоматологічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- огляд і консультація лікаря – стоматолога;
- діагностичні дослідження, в т.ч. рентгенологічні;
- проведення анестезії;
- зняття незнімних протезів для лікування зубів по швидкій допомозі;
- видалення зубів та коренів за медичними показаннями;
- невідкладна допомога при періоститі, періодонтиті, розкриття абсцесів, висічення слизового «капюшону»;
- накладання тимчасової пломби;
- розкриття запальних інфільтратів і пародонтальних абсцесів.

Програма «Стоматологічна допомога» забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Програмами.

1.6 Профілактично-оздоровча програма передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- Курс профілактичного масажу;
- Відвідування фітнес-центру (басейн, сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- Профілактичний медичний огляд;
- Вакцинацію від грипу;
- Вітамінопрофілактику.

1.7 ДОДАТКОВІ ПОСЛУГИ ЗА ОПЦІЯМИ (для Договорів страхування строком на один рік):

До Договору страхування може бути включено весь перелік додаткових медичних послуг за Опціями або частково.

Амбулаторно-поліклінічна допомога	• Застосування консультативних послуг лікарів вищої категорії, кандидатів і докторів наук; • Фізіотерапевтичне лікування основного захворювання: світлолікування, грязелікування, електролікування. • Виклик лікаря до дому; • Виклик лікаря до офісу;
-----------------------------------	--

	• Діагностика та профілактика зору; • Проведення поглибленого комплексного обстеження з метою виявлення захворювань на ранній стадії; • Реабілітаційні заходи; • Забезпечення офісною аптечкою; • Супроводження Договору страхування довіреним лікарем Асистуючої компанії; • Надання лікарняних листків та інші
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному обслуговуванні	• Вітамінізація або забезпечення імуномодуляторами; • Проведення вакцинації у передепідемічний період; • Гомеопатичне лікування; • Пробиотики при антибіотикотерапії; • Гормональні медичні препарати; • Лікувальні косметичні засоби за приписом дерматолога: зінеріт, нізорал, дермазол, фрідем тощо; • Краплі для зволоження очей, препарати "чорниця-форте"; • Фітопрепарати; • Ферментні препарати для лікування шлунково-кишкового тракту: фестал, холензім, мезим, мезим-форте тощо; • Хондропротектори (алфултоп, дона і т.п.) При лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань опірно-рухового апарату; • Гепатопротектори (карсил, есенціале, гепабене тощо); • Статини (коректори ліпідного обміну); • Засоби медичного призначення: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «скотчкаст», ортези та інші
Стаціонарна допомога	• Планова госпіталізація; • Розташування в 1-2-місних палатах підвищеного рівня комфортності; • Розташування в палатах з найвищим рівнем сервісу (люкс); • Стаціонар на дому; • Послуги приватної наглядальниці (при необхідності); • Організація індивідуального харчування в умовах стаціонару та інші
Стоматологічна допомога	• Гігієнічні процедури (відбілювання зубів, зняття зубного каменю та ін.); • Реставрація зубів • Протезування зубів та інші
Додаткові опції	• Санаторно-курортне лікування • Оздоровчі заходи (відвідування басейну, тренажерної зали і т.і.) • Професійний огляд; • Лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару; • Проведення імунограми; • Вагітність; • Пологи; • Патронаж дитини до 1 року

	Лікування за кордоном та інші
--	---

2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

2.1. Базові річні страхові тарифи.

Таблиця 1

Опція	Страховий тариф на рік, %
Амбулаторно – Поліклінічна допомога	2,10 – 5,0
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	1,0 – 5,0
Стационарна допомога	0,8 – 4,0
Швидка медична допомога	1,0 – 5,0
Стоматологічна допомога	5,0 – 50,0
Профілактично-оздоровча програма	1,0 – 50,0

2.2. В залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, застосовуються поправочні коефіцієнти, включаючи але не обмежуючись:

Таблиця 2

Коригуючий коефіцієнт в залежності від фактору ризику	Діапазон значень
К 1 - Вік Застрахованої особи	0,5 – 3
К 2 - Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 2,5
К 3 - Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
К 4 - Умови проживання Застрахованої особи	1 – 2
К 5 - Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
К 6 - Розмір франшизи	0,5 – 1
К 7 - Перелік страхових випадків	0,1 – 1,3
К 8 - Обсяг страхового захисту (в т.ч. певні обставини, передумови надання медико-санітарної та іншої допомоги, інших послуг)	0,1 – 3
К 9 - Розмір страхової суми	0,3 – 3
К 10 - Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5 – 1
К 11 - Місце дії Договору страхування	0,5 – 2

За узгодженням Страховика і Страхувальника можливе збільшення базового тарифу при включенні в Програми страхування додаткових послуг або зменшення базового тарифу при виключенні певних послуг із Програми. При цьому застосовується коригуючий коефіцієнт від 0,1 до 10.

2.3. У випадку, якщо Договір страхування (стосовно окремої Застрахованої особи) укладається на строк менший одного року, застосовуються наступні варіанти розрахунку страхового тарифу:

2.3.1. **Варіант I** – за поправочними коефіцієнтами до річного страхового тарифу, зазначеними у Таблиці 3:

Таблиця коефіцієнтів строку дії Договору страхування

Таблиця 3

Строк дії Договору страхування	До 15 днів	Кількість місяців (неповний місяць вважається за повний)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

2.3.2. **Варіант 2** – розрахунок страхового тарифу за системою “pro rata temporis”:

$$K_p = K_6 \times \frac{n}{365},$$

де

K_p – розрахунковий тариф;

K_6 – річний страховий тариф;

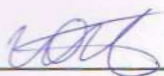
n – строк дії Договору страхування у днях;

365 – кількість днів у році.

2.3.3. Варіант розрахунку страхового тарифу за Договором страхування зі строком дії менше одного року обирається Страховиком.

3. Норматив витрат на ведення справи складає 40% в структурі вищенаведених страхових тарифів.

Актурій _____



Клименко Юлія Володимирівна

(Свідectво № 01-018 від «19» листопада 2015 року)

Всього прошиито, прокумеровано
та скріплено печаткою
22 (двадцять два)
аркушів

Генеральний директор

Кири Г.Б.



1. Додаток № 1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (нова редакція) (надалі – Правила) викласти **«ЗАТВЕРДЖЕНО»**
Наказом № 105 від 09 вересня 2019 р.

Генеральний директор
Товариства з додатковою відповідальністю
«Страхова компанія «Ю.Ес.Ай.»



Г.Г.Ким

ЗМІНИ № 1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я)
(нова редакція)

Київ – 2019 рік

1. Додаток № 1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (нова редакція) (надалі – Правила) викласти у редакції, що наведена у Додатку 1 до цих Змін.

Додаток № 1 до Змін № 1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція).

Додаток № 1
до Правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) (нова редакція)
(в редакції Додатку №1 до Змін № 1 до Правил).

ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Програма страхування, за бажанням Страхувальника, може включати одну або декілька Опцій страхування (надалі - Опції). Для однієї, кількох або для кожної із цих Опцій, в тому числі у межах однієї послуги, додаткових послуг можуть встановлюватись франшизи, ліміти відповідальності (обмеження) щодо обсягу медичної допомоги та/або максимального розміру страхової виплати, що здійснюватиметься за умови настання страхового випадку.

За погодженням Сторін Договором страхування можуть бути змінені та/або доповнені умови страхування, зазначені у Опціях та у Додаткових послугах за Опціями, іншими умовами, які не суперечать нормам законодавства та цим Правилам. Конкретні умови страхування (у т.ч. умови Програм страхування) зазначаються у Договорі страхування.

Страхова сума, що встановлюється у Договорі страхування за згодою Сторін, може складатися із окремих страхових сум за кожною, кількома чи всіма Програмами чи Опціями.

Тариф за окремими Опціями може бути скоригований із застосуванням коефіцієнтів, передбачених цими Правилами. За усіма без виключення Програмами чи Опціями можуть бути передбачені додаткові послуги за умови сплати додаткового платежу.

1. ОПЦІЇ ТА ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ ЗА ОПЦІЯМИ, ЩО МОЖУТЬ БУТИ ВКЛЮЧЕНІ ДО ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1 Амбулаторно – поліклінічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ в тому числі:

- консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів: оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог, кардіолог, хірург, уролог, гінеколог, мамолог, дерматолог, ендокринолог, гастроентеролог, травматолог, проктолог та інші.
- проведення лабораторних досліджень в амбулаторних умовах за медичними показами: загально-клінічні аналізи, біохімічні показники крові, гематологічна і гормональна панель, бактеріологічні дослідження, інфекційна панель та інші.
- проведення інструментальних методів діагностики в амбулаторних умовах за медичними показами: ультразвукова діагностика (узд), ендоскопічні маніпуляції, рентгенологічні дослідження, інструментальні функціональні дослідження, кт, мрт та інші.

1.2 Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні* передбачає забезпечення Застрахованих осіб медичними препаратами (офіційно зареєстрованими на Україні), які призначені лікуючим лікарем, необхідними для лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах основного захворювання курсом до 30 днів за кожною нозологією протягом року. Умовами окремої Програми страхування строк курсу медикаментозного лікування може бути змінено.

* - забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Програмами.

1.3 Стационарна допомога (екстрена або екстрена та планова) передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) лікування в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- перебування Застрахованої особи в умовах цілодобового стаціонару в палаті з поліпшеними умовами (за наявності);
- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом;
- терапевтичне та оперативне лікування, анестезіологічна допомога;
- забезпечення необхідними для лікування медичними препаратами, засобами медичного призначення на період перебування в стаціонарі, за призначенням лікуючого лікаря та/або лікаря-спеціаліста;
- фізіотерапевтичні процедури в умовах цілодобового стаціонару, якщо вони призначені лікуючим лікарем, як частина основного лікувального процесу;
- харчування, передбачене умовами даного медичного закладу;

1.4 Швидка та/або невідкладна медична допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває Застрахована особа;
- огляд лікарем, встановлення попереднього діагнозу;
- діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги та стабілізації стану хворого;
- медикаментозне забезпечення виключно в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги (тобто застосування медичних препаратів до стабілізації стану хворого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги);
- транспортування машиною невідкладної допомоги до лікувального закладу у випадку необхідності невідкладної стаціонарної допомоги. Транспортування відбувається до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю;

1.5 Стоматологічна допомога передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- огляд і консультація лікаря – стоматолога;
- діагностичні дослідження, в т.ч. рентгенологічні;
- проведення анестезії;
- зняття незнімних протезів для лікування зубів по швидкій допомозі;
- видалення зубів та коренів за медичними показаннями;
- невідкладна допомога при періоститі, періодонтиті, розкриття абсцесів, висічення слизового «капюшону»;
- накладання тимчасової пломби;
- розкриття запальних інфільтратів і пародонтальних абсцесів.

Програма “Стоматологічна допомога” забезпечується лише у комплексі із однією або кількома іншими Програмами.

1.6 Профілактично-оздоровча програма передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

- Курс профілактичного масажу;
- Відвідування фітнес-центру (басейн, сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- Профілактичний медичний огляд;
- Вакцинацію від грипу;
- Вітамінопрофілактику.

1.7 ДОДАТКОВІ ПОСЛУГИ ЗА ОПЦІЯМИ (для Договорів страхування строком на один рік):
До Договору страхування може бути включено весь перелік додаткових медичних послуг за Опціями або частково.

Амбулаторно-поліклінічна допомога	• Застосування консультативних послуг лікарів вищої категорії, кандидатів і докторів наук; • Фізіотерапевтичне лікування основного захворювання: світлолікування, грязелікування, електролікування. • Виклик лікаря до дому; • Виклик лікаря до офісу; • Діагностика та профілактика зору; • Проведення поглибленого комплексного обстеження з метою виявлення захворювань на ранній стадії; • Реабілітаційні заходи; • Забезпечення офісною аптечкою; • Супроводження Договору страхування довіреним лікарем Асистуючої компанії; • Надання лікарняних листків та інші
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному обслуговуванні	• Вітамінізація або забезпечення імуномодуляторами; • Проведення вакцинації у передепідемічний період; • Гомеопатичне лікування; • Пробиотики при антибіотикотерапії; • Гормональні медичні препарати; • Лікувальні косметичні засоби за приписом дерматолога: зіненріт, нізорал, дермазол, фрідем тощо; • Краплі для зволоження очей, препарати "чорниця-форте"; • Фітопрепарати; • Ферментні препарати для лікування шлунково-кишкового тракту: фестал, холензім, мезим, мезим-форте тощо; • Хондропротектори (алфултоп, дона і т.п.) При лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань опірно-рухового апарату; • Гепатопротектори (карсил, есенціале, гепабене тощо); • Статини (коректори ліпідного обміну); • Засоби медичного призначення: гіпсові пов'язки, пов'язки типу «скотчкаст», ортези та інші
Стаціонарна допомога	• Планова госпіталізація; • Розташування в 1-2-місних палатах підвищеного рівня комфортності; • Розташування в палатах з найвищим рівнем сервісу (люкс); • Стаціонар на дому; • Послуги приватної наглядальниці (при необхідності); • Організація індивідуального харчування в умовах стаціонару та інші
Стоматологічна допомога	• Гігієнічні процедури (відбілювання зубів, зняття зубного каменю та ін.); • Реставрація зубів • Протезування зубів та інші

Додаткові опції	• Санаторно-курортне лікування • Оздоровчі заходи (відвідування басейну, тренажерної зали і т.і.) • Професійний огляд; • Лікувальний масаж та лікувальна фізкультура, якщо вони призначені лікуючим лікарем як частина відновлювального лікування після перенесених травм з іммобілізацією та заходів по зняттю больового синдрому в умовах стаціонару; • Проведення імунограми; • Вагітність; • Пологи; • Патронаж дитини до 1 року • Лікування за кордоном та інші
-----------------	--

2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

2.1. Базові річні страхові тарифи.

Таблиця 1

Опція	Страховий тариф на рік, %
Амбулаторно – Поліклінічна допомога	2,10 – 5,0
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному лікуванні	1,0 – 5,0
Стаціонарна допомога	0,8 – 4,0
Швидка медична допомога	1,0 – 5,0
Стоматологічна допомога	5,0 – 50,0
Профілактично-оздоровча програма	1,0 – 50,0

2.2. В залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, застосовуються поправочні коефіцієнти, включаючи але не обмежуючись:

Таблиця 2

Коригуючий коефіцієнт в залежності від фактору ризику	Діапазон значень
К 1 - Вік Застрахованої особи	0,5 – 3
К 2 - Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 2,5
К 3 - Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
К 4 - Умови проживання Застрахованої особи	1 – 2
К 5 - Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
К 6 - Розмір франшизи	0,5 – 1
К 7 - Перелік страхових випадків	0,1 – 1,3
К 8 - Обсяг страхового захисту (в т.ч. певні обставини, передумови надання медико-санітарної та іншої допомоги, інших послуг)	0,1 – 3
К 9 - Розмір страхової суми	0,3 – 3
К 10 - Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5 – 1
К 11 - Місце дії Договору страхування	0,5 – 2

За узгодженням Страховика і Страхувальника можливе збільшення базового тарифу при включенні в Програми страхування додаткових послуг або зменшення базового тарифу при виключенні певних послуг із Програми. При цьому застосовується коригуючий коефіцієнт від 0,1 до 10.

2.3. У випадку, якщо Договір страхування (стосовно окремої Застрахованої особи) укладається на строк менший одного року, застосовуються наступні варіанти розрахунку страхового тарифу:

2.3.1. **Варіант І** – за поправочними коефіцієнтами до річного страхового тарифу, зазначеними у Таблиці 3:

Таблиця коефіцієнтів строку дії Договору страхування

Таблиця 3

Строк дії Договору страхування	До 15 днів	Кількість місяців (неповний місяць вважається за повний)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Коефіцієнт	0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

2.3.2. **Варіант 2** – розрахунок страхового тарифу за системою “pro rata temporis”:

$$K_p = K_{\sigma} \times \frac{n}{365},$$

де

K_p – розрахунковий тариф;

K_{σ} – річний страховий тариф;

n – строк дії Договору страхування у днях;

365 – кількість днів у році.

2.3.3. Варіант розрахунку страхового тарифу за Договором страхування зі строком дії менше одного року обирається Страховиком.

3. Норматив витрат на ведення справи складає до 65 відсотків в структурі вищенаведених страхових тарифів.

З оригіналом звірено, копія вірна.
Всього прошито, пронумеровано
та скріплено печаткою



Коефіцієнт	Строк дії Договору страхування												До 12 літ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
0,12	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00	

2.3.2. Варіант 2 – розрахунок страхового тарифу за системою "pro rata temporis".

$$K_p = K_n \times \frac{n}{365}$$

К_п – розрахунковий тариф;
К_н – базисний страховий тариф;

Договору страхування у днях;

розрахунок страхового тарифу за Договором страхування зі строком дії менше

розрахунок страхового тарифу за Договором страхування зі строком дії більше



НАЦІОНАЛЬНА КОМІСІЯ,
ЩО ЗДІЙСНЮЄ ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ РИНКІВ
ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

РОЗПОРЯДЖЕННЯ

10.10.2019

Київ

№ 2004

Про реєстрацію ТОВАРИСТВУ З
ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ
«Ю.Ес.Ай» змін до правил
добровільного страхування

За результатами розгляду листів ТОВАРИСТВА З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «Ю.Ес.Ай.» про реєстрацію змін до правил добровільного страхування, від 11.09.2019 № 10-6061 (вх. № П 2219 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6062 (вх. № П 2220 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6063 (вх. № П 2221 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6064 (вх. № П 2222 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6065 (вх. № П 2223 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6066 (вх. № П 2224 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6067 (вх. № П 2225 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6068 (вх. № П 2226 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6069 (вх. № П 2227 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6070 (вх. № П 2228 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6071 (вх. № П 2229 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6072 (вх. № П 2230 від 11.09.2019), від 11.09.2019 № 10-6073 (вх. № П 2231 від 11.09.2019), відповідно до пункту 3 частини першої статті 28 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг», частини третьої статті 17 Закону України «Про страхування», на підставі підпункту 62 пункту 4 Положення про Національну комісію, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, затвердженого Указом Президента України від 23.11.2011 № 1070, Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів), затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 № 913, Національна комісія що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг, **постановила:**

1. Зареєструвати ТОВАРИСТВУ З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ

«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «Ю.Ес.Ай.» (код за ЄДРПОУ 32404600; місцезнаходження: 04210, м. Київ, проспект Героїв Сталінграда, 4, коп. 6А):

зміни № 1 до Правил добровільного страхування від нещасних випадків, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування наземного транспорту (крім залізничного), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування вантажів та багажу (вантажобагажу), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування від вогневих ризиків та ризиків стихійних явищ, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування майна (іншого, ніж передбачено пунктами 5-9 статті 6 Закону України «Про страхування»), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування цивільної відповідальності власників наземного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами (крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування кредитів (у тому числі відповідальності позичальника за непогашення кредиту), затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 2 до Правил добровільного страхування фінансових ризиків, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування медичних витрат, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105;

зміни № 1 до Правил добровільного страхування сільськогосподарської продукції, затверджені наказом Генерального директора ТДВ «СК «Ю.Ес.Ай.» Ким Г.Г. від 09.09.2019 № 105.

2. Управлінню забезпечення діяльності Голови та членів Комісії забезпечити оприлюднення рішення на офіційному веб-сайті Нацкомфінпослуг у мережі Інтернет.

3. Контроль за виконанням розпорядження покласти на члена Нацкомфінпослуг Максимчук О.В.

Голова Комісії

І. Пашко

Згідно з чинним законодавством
відповідно до колегіального рішення Комісії

Протокол № 87 засідання
Комісії від 10.10.2019