

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ»**

ЗАТВЕРДЖЕНО

рішенням Правління

Приватного акціонерного товариства

«Страхова компанія «Арсенал» від 09.06.2020р.

(Протокол засідання Правління

ПрАТ СК «Арсенал» № 2020/06-09/1 від 09.06.2020 р.)

Голова Правління

М.П.Афанасьєва



**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

м. Одеса – 2020р.

З М І С Т

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ	3
1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	5
3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК	6
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	6
5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА	10
6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ	11
7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	11
8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	12
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	12
10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	14
12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	15
13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	16
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	17
15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
16. ОСОБЛИВІ УМОВИ	18
Додаток 1.	19

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ

В цьому розділі наведені терміни, що використовуються в цих Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – **Правила**) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «АРСЕНАЛ» (надалі – **Страховик**), і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

АСИСТУЮЧА КОМПАНІЯ (НАДАЛІ – АСИСТАНС) - юридична особа, що діє від імені та за дорученням Страховика, здійснює організацію, контроль надання ЗО медичних та інших послуг.

БАЗОВИЙ ЛІКАРНЯНО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ЗАКЛАД (НАДАЛІ – БЛПЗ) – медичний заклад, зазначений у Договорі, в який направляються ЗО для отримання медичних та інших послуг.

ГОСТРЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму ЗО, що призвело до погіршення здоров'я ЗО, може призвести до тривалого розладу здоров'я ЗО або смерті.

ГОСТРИЙ БІЛЬ - реакція нервової системи ЗО на зовнішній або внутрішній подразник, що може призвести до розвитку больового шоку, який становить загрозу життю та/або здоров'ю ЗО.

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ - письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику/ЗО/Вигодонабувачу, надати допомогу, виконати послугу, тощо, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Договір страхування, укладений по відношенню до однієї ЗО або до декількох ЗО, які перебувають у родинному зв'язку, є Договором індивідуального страхування.

Договір страхування, укладений по відношенню до декількох ЗО, є Договором колективного страхування. Договір страхування вважається колективним за умови, що ЗО мають спільного роботодавця або об'єднанні іншим спільним інтересом, що не обмежується тільки зацікавленістю в укладенні Договору страхування.

ЕКСТРЕНА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ – надання стаціонарної медичної допомоги ЗО з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, отриманої травми, отруєння, що загрожує життю та/або здоров'ю ЗО, потребує невідкладного стаціонарного лікування.

ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ - період перебігу хронічної хвороби, впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та/або іншого лікування до відновлення працездатності ЗО.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА – фізична особа на користь якої укладений Договір, яка сплачує та/або за яку сплачується у встановленому Договором порядку страховий платіж, може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором.

ЛІКАР-КООРДИНАТОР - представник Страховика, який забезпечує надання медичної допомоги ЗО.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАКЛАДИ (надалі – ЛПЗ) – юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних працівників, з яким Страховиком або Асистансом укладена угода про надання медичних послуг ЗО.

ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА – граничний розмір страхової виплати в межах страхової суми, який за згодою Страховика та Страхувальника/ЗО може встановлюватись при укладанні Договору.

ЛПЗ З ПЕРЕЛІКУ СТРАХОВИКА – ЛПЗ, з якими Страховик/Асистанс уклав договір, згідно з яким будуть надаватись ЗО медичні та інші послуги.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА (МЕДИКО – САНІТАРНА ДОПОМОГА) - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами; комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворювань та інвалідності, на ранню діагностику допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів та медичних послуг, а також виконання інших дій, які обумовлені професійними функціями медичних працівників.

МЕДИЧНА ПОСЛУГА - сукупність необхідних, достатніх, добросовісних, доцільних професійних дій, що мають закінчене змістове навантаження при досягненні лікарського призначення, спрямованих на діагностику та лікування захворювань ЗО із залученням персоналу медичного закладу. Поняття медичної послуги включає в себе:

- огляд та консультацію лікаря;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень;
- виконання діагностичних та лікувальних процедур і маніпуляцій;
- проведення оперативних втручань;
- забезпечення лікарськими засобами, призначеними лікарем;
- послуги при перебуванні в медичному закладі (харчування, надання ліжка, тощо).

МЕДИЧНІ ЗАКЛАДИ – підприємства, установи або організації, які мають право здійснювати медичну практику і пройшли державну акредитацію, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

МЕДИЧНИЙ СТАН – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я ЗО, яка підтверджується первинною та/або вторинною медичною документацією.

НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН ЗО - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю ЗО або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК – обмежена в часі подія або раптовий вплив на ЗО небезпечного виробничого фактора чи середовища, що сталися у процесі виконання ним трудових обов'язків або в дорозі (на транспортному засобі підприємства чи за дорученням роботодавця), внаслідок яких заподіяно шкоду здоров'ю, зокрема від одержання поранення, травми, у тому числі внаслідок тілесних ушкоджень, гострого професійного захворювання (отруєння) та інших отруєнь, одержання сонячного або теплового удару, опіку, обмороження, а також у разі утоплення, ураження електричним струмом, блискавкою та іонізуючим випромінюванням, одержання інших ушкоджень внаслідок аварії, пожежі, стихійного лиха (землетрусу, зсуву, повені, урагану тощо), контакту з представниками тваринного та рослинного світу.

ПЛАНОВА ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ - госпіталізація за направленням лікаря, що здійснюється за наявності показань для такої госпіталізації відповідно до раніше погоджених дати і часу госпіталізації.

ПРОГРАМА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ (НАДАЛІ - ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ, СКОРОЧЕНО - ПРОГРАМА) – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, транспортних та інших послуг певного обсягу, що надаються ЗО згідно з Договором.

СТРАХОВИК – фінансова установа, яка одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності, зареєстрована Уповноваженим органом

відповідно до Закону України «Про страхування», та законодавства України. В цих Правилах Страховик – Приватне акціонерне товариство «Страхова компанія «АРСЕНАЛ».

СТРАХУВАЛЬНИКИ – юридичні особи або дієздатні фізичні особи, які укладають із Страховиком Договори.

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК – подія, передбачена Договором, яка відбулась після набуття чинності Договором і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату/надати допомогу/виконати послугу ЗО або іншій третій особі.

СТРАХОВА ВИПЛАТА – грошова сума, яка виплачується Страховиком у разі настання страхового випадку відповідно до умов Договору;

СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку;

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ (ВНЕСОК, ПРЕМІЯ) – плата за страхування, яку Страховальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов Договору;

СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

ФРАНШИЗА - частина збитків Страховальника, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором.

ХРОНІЧНА ХВОРОБА – 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.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. «Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я)» (надалі – Правила) розроблені відповідно до Закону України «Про страхування», норм цивільного та іншого законодавства України.

1.2. На підставі цих Правил, Договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Договори) Страховик здійснює добровільне медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) фізичних осіб від зазначених в цих Правилах страхових випадків.

1.3. Ці Правила регулюють відносини між Страховиком та Страховальником у сфері страхування майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, пов'язаних зі здоров'ям та працездатністю Страховальника чи третьої особи (надалі – застрахованої особи, скорочено ЗО), визначеної Страховальником у Договорі за її згодою.

1.4. У разі невідповідності окремих положень цих Правил нормам законодавства України, в тому числі внаслідок внесення змін до законів України, такі окремі положення перестають діяти. У Договорі Страховальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. У випадку, коли конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом Договору є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страховальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страховальником у Договорі за її згодою.

2.2. Даний вид страхування передбачає обов'язок Страховика 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 в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, 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 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.

3. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

3.1. Страховим ризиком є певна подія, на випадок, якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

3.2. Відповідно до цих Правил, страховими ризиками є:

3.2.1. гостре захворювання ЗО, що потребує надання екстреної медичної допомоги;

3.2.2. загострення хронічного захворювання ЗО, що становить загрозу життю та здоров'ю ЗО;

3.2.3. розлади здоров'я ЗО, що є наслідками нещасного випадку, який стався із ЗО;

3.2.4. гостра зміна стану здоров'я ЗО;

3.2.5. звернення ЗО до ЛПЗ у інших випадках, передбачених Договором.

3.3. Страховим випадком є звернення ЗО під час дії Договору до Страховика та/або Асистансу, ЛПЗ, іншого закладу охорони здоров'я, з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку, гострої зміни стану здоров'я, з профілактичною метою, для отримання медичної допомоги та інших медичних послуг.

4. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

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

4.1.1. особи, які страждають на тяжкі нервові захворювання (в тому числі пухлини головного мозку, пухлини спинного мозку, ураження нервової системи, енцефаліт гострий), СНІД, психічно хворі, а також особи, що знаходяться на обліку в спеціалізованих диспансерах (онкологічному, наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, дерматовенерологічному);

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

4.1.3. госпіталізовані на дату початку дії Договору;

4.2. Страховик має право достроково припинити дію Договору по відношенню до ЗО, якщо буде встановлено факт відношення до осіб, зазначених у п 4.1 цих Правил;

4.3. 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:

4.3.1. захворюваннями, курс лікування яких був розпочатий до початку дії Договору;

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

4.3.3. променеві ураження в будь-якій формі, зокрема внаслідок дій радіації або радіоактивного забруднення, при цьому такі впливи можуть бути офіційно не підтвердженні;

4.3.4. захворюваннями, за яким встановлена стійка втрата працездатності з встановленням групи інвалідності (I, II, III групи), встановлення категорії дитина-інвалід, та їх ускладнення; вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання;

4.3.5. професійними захворюваннями відповідно до висновку науково-дослідного інституту МОЗ України, професійної патології (асбестоз, силікоз, вібраційна хвороба та ін.);

4.3.6. класичними венеричними захворюваннями (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз); захворюваннями, що передаються переважно статевим шляхом (ЗПСШ), відповідно до класифікації ВООЗ (в т.ч., гарднерельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папілома вірусна інфекція, трихомоніаз, уреаплазмоз, хламідіоз та ін.); ToRCH-інфекціями поза загостреннями (токсоплазмоз, цитомегаловірус, вірус краснухи, герпес-вірус), вірусом Епштейн-Барра;

4.3.7. лікуванням більш, ніж одним курсом тривалістю до 30 календарних днів;

4.3.8. вагінальним кандидозом, бактеріальним вагінозом (гарднерельозом);

4.3.9. інвазійними хворобами шлунково-кишкового тракту (в т.ч. амебіаз, лямбліоз, аскаридоз);

4.3.10. дерматологічними захворюваннями: в т.ч. мікозами, оніхомікозами, псоріазом, екземою, себореєю будь-якого типу, вугровою хворобою, демодекозом, каростою, педикульозом, алопецією, контагіозним моллюском, вітіліго;

4.3.11. віковими дегенеративно-дистрофічними змінами і захворювання та їх ускладнення, а саме: катарактою, кардіо- та пневмосклерозом, атеросклерозом, деформуючим остеоартрозом, подагрою, остеопорозом; остеохондрозом;

4.3.12. цукровим діабетом, туберкульозом, онкологічними захворюваннями та їх ускладненнями на всіх стадіях захворювання;

4.3.13. аденоїдними вегетаціями, гіпертрофією носових мушель;

4.3.14. хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом;

4.3.15. функціональними розладами органів травлення: дискінезією жовчовивідних шляхів – за виключенням випадків, коли ДЖШ виникає як супутній діагноз основного захворювання гастроентерологічного профілю, функціонального закріпу, диспанкреатизму; станами, що супроводжуються порушенням фізіологічної мікрофлори організму;

4.3.16. комп'ютерним синдромом, синдромом сухого ока, глаукомою, міопією, косокістю;

4.3.17. системними захворюваннями сполучної тканини, в т.ч. ревматизмом у неактивній фазі; демієлінізуючими захворюваннями; аутоімунними та алергічними хворобами;

4.3.18. безпліддям, порушеннями сексуальної та репродуктивної функції; дисгормональними станами, мастопатією; аденомою простати, ендометріозом, фіброміомою, за виключенням невідкладних станів, що супроводжуються кровотечею; вагітністю та пологами (за виключенням позаматкової вагітності), не виношуванням вагітності;

4.3.19. психічними захворюваннями, психопатією, неврозами, астено-депресивними станами, синдромом хронічної втоми, епілепсією, порушеннями мови;

4.3.20. тривалим, більше 14 календарних днів, субфебрилітетом невідомого походження (з температурою тіла в межах 37,0° С – 38,0° С).

4.3.21. хворобами крові (за виключенням залізодефіцитної анемії 3 ст.) в т.ч. онкогематологічними захворюваннями;

4.3.22. хронічними хворобами периферійних судин (в т.ч. варикозною хворобою, облітеруючим ендартерітом, облітеруючим атеросклерозом, хворобою Рейно, хронічною венозною недостатністю);

4.3.23. гіпертонічною хворобою, вегетативними/нейроциркуляторними дистоніями (ВСД/НЦД), дисциркуляторними енцефалопатіями, за виключенням невідкладної допомоги при кризових станах;

4.3.24. особливо небезпечними інфекціями: в т.ч. чумою, холерою, натуральною віспиною, геморагічною лихоманкою; захворюваннями, що потребують проведення карантинних заходів, за виключенням грипу, ОРЗ, ОРВІ;

4.3.25. бородавками, папіломами, атеромами, доброякісними пухлинами (в т.ч. лімфасю, поліпами, гемангіомою, гігромою) за винятком ускладнених випадків (травмуванням, запаленням, кровотечею, швидким ростом, тощо);

4.3.26. хронічною нирковою, печінковою, серцевою недостатністю;

4.3.27. гепатитами (за виключенням вірусного гепатиту А), мікс-гепатитами, цирозом печінки, гепатозом;

4.3.28. захворювання і травми, отриманні внаслідок дій ЗО, пов'язаних з невинуватим ризиком (в тому числі керуванням транспортним засобом без законних підстав);

4.3.29. захворювання та травми, що настали внаслідок військових дій (навіть якщо війну офіційно не було оголошено), активної участі у страйках, терористичних актах, чи будь-якої операції військового типу; захворювання та травми, що настали внаслідок навмисних дій ЗО або вчинення їм навмисного злочину, спрямованих на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням громадського чи службового обов'язку, у випадку необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій ЗА встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

4.3.30. захворювання і травми отриманні внаслідок занять небезпечними видами спорту (альпінізмом, дельтапланеризмом, парашутним спортом, тощо);

4.3.31. захворювання та травми у випадку подання ЗО неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку в тому числі підrobка документації.

4.4. Страховик не відшкодовує медичному закладу та ЗО (якщо інше не передбачено Програмою):

4.4.1. витрати на медичні послуги, не передбачені Програмою;

4.4.2. витрати на медикаменти без призначення лікаря або на медичні послуги без направлення лікаря;

4.4.3. витрати на медикаменти курсом лікування більше 30 календарних днів;

4.4.4. витрати на придбання та ремонт допоміжних засобів медичного користування (милиць, окулярів, оправ для окулярів, слухових апаратів, інвалідних колясок, комірців, шнурів, бинтів, еластичних бинтів тощо), медичних пристроїв, які заміщають або корегують функції уражених органів (водії ритму, кришталіки, стенти, шунти, імпланти, протези, конструкції для металостеосинтезу, тощо);

4.4.5. витрати на послуги або товари, що не є необхідними з медичної точки зору для діагностування або лікування захворювання;

4.4.6. витрати на медичні послуги, одержані ЗО без погодження Страховика/Асистанса;

4.4.7. витрати на профілактичні огляди; диспансерний нагляд; реабілітаційні та лікувально-оздоровчі заходи;

4.4.8. витрати на медикаменти, призначені з метою профілактики, у т.ч. біостимулятори, вакцини, полівітаміни, імуномодулятори, пробіотики (за виключенням 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;

4.4.9. витрати на благодійні внески;

4.4.10. витрати на лікування на бальнеологічних, лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку; витрати на реабілітацію та відновлювальну терапію після перенесених травм та захворювань;

4.4.11. витрати на отримання медичних довідок: для поліції, на вступ до ~~учбових/дитячих~~ закладів; витрати на отримання сертифікатів нарколога та психіатра, ~~також~~ витрати на відкриття та закриття листка непрацездатності без огляду лікаря, доставки листка непрацездатності до місця роботи, до місця проживання; витрати на оформлення листка непрацездатності по догляду за дитиною;

4.4.12. витрати на медичні маніпуляції за місцем проживання ЗО (ін'єкції, забір аналізів та інше);

4.4.13. витрати на професійні огляди, освідчення водіїв, тести на профпридатність, ~~забір та оформлення~~ документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності; транспортування медичним транспортом або таксі із стаціонару до місця проживання, транспортування на планові консультації та перев'язки в медичні заклади, ~~також~~;

4.4.14. витрати на обстеження та лікування методами нетрадиційної медицини: в т.ч. гіпноз, психотерапія, консультації та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда; витрати на іридіодіагностику, біокорекцію, мануальну терапію, рефлексотерапію, гірудотерапію, плазмозферез, гемосорбцію, гемодіаліз, озонотерапію, плазмофільтрацію, УФО крові, аутогемотерапію;

4.4.15. витрати на додаткові/альтернативні консультації та обстеження, за виключенням випадків письмового направлення на додаткову консультацію/обстеження, або письмового звернення ЗО з заявою до Страховика з обґрунтуванням необхідності додаткової консультації/альтернативної консультації та обстеження;

4.4.16. витрати на косметичний, профілактичний, лікувальний та оздоровчий масаж, водолікування та бальнеологічне лікування, використання барокамери, SPA - капсули та лазерні технології;

4.4.17. витрати на вироби медичного призначення, за виключенням шприців, крапельниць, медичного бинту та вати, шовного матеріалу; медикаменти та послуги не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України (або які не мають реєстрації на території України);

4.4.18. витрати на засоби догляду та гігієни, косметичні засоби;

4.4.19. витрати на забезпечення інгаляторами-пристроями (спейсери, небулайзери та ін.); медичне обладнання та техніку, інструментарій, пристрої, що замінюють або корегують функції втрачених органів;

4.4.20. витрати на косметичні, пластичні та реконструктивні операції (у т.ч. планову герніопластику, ринопластику, венектомію, тощо), нейрохірургічні, кардіохірургічні операції, операції на судинах, за винятком випадків, пов'язаних з відновленням функцій, порушених внаслідок нещасного випадку (травми), що стався протягом строку дії Договору;

4.4.21. витрати на трансплантацію органів та тканин, протезування;

4.4.22. витрати на забезпечення кровозамінниками та препаратами крові;

4.4.23. витрати на засоби, що корегують функції органів;

4.4.24. витрати на медикаменти, необхідні для тривалого прийому;

4.4.25. витрати на штучне запліднення, переривання вагітності без медичних показань, послуги з планування сім'ї, контрацепцію, стерилізацію, безпліддя, клімактеричний синдром, порушення менструального циклу, гіперандрогенію, полікістоз яєчників, синдром виснаження яєчників, гіперпролактинемія, визначення гормонального стану; застосування препаратів-аналогів гонадотропін-релізінг-гормону, гормональних спіралей;

4.4.26. витрати на діагностику та лікування ожиріння, модифікацію тіла з метою поліпшення психологічного стану, в т.ч. хірургічну зміну статі, планову діагностику гомеостазу організму (імунограму, алергопроби, ліпідограму, консультації імунолога, сенситілізуючу терапію при алергозах, тощо);

4.4.27. витрати на корекцію зору, окуляри, лінзи, тренажери, процедури, в т.ч. ~~лікування~~ лікування косоокості, підбір окулярів, лазерну біостимуляцію сітківки;

4.4.28. моральну шкоду, упущену вигоду.

4.5. Страховик не відшкодовує витрати на медичні послуги у зв'язку з ~~ухваленнями~~ або хворобами, що мали місце до укладання Договору, витрати на ~~наслідки~~ самолікування, витрати на будь-які оперативні втручання, лікування, не ~~застосованих~~ до початку дії Договору.

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

4.7. Договором можуть передбачатись інші виключення із страхових випадків та ~~обмеження~~ страхування, що не суперечать законодавству і зазначені у Договорі.

4.8. Якщо інше не передбачене умовами Договору страхування, не можуть бути 3О:

4.8.1. особи у віці молодше 1 (одного) року і старші за 70 (сімдесят) років;

4.8.2. особи, які перебувають на обліку в наркологічних, психоневрологічних, ~~протитуберкульозних~~ шкіро-венерологічних диспансерах;

4.8.3. особи, які страждають на СНІД та ВІЛ-інфіковані;

4.8.4. особи, які страждають/страждали на злоякісні новоутворення, мають уроджені ~~аномалії~~ та вади розвитку, спадкові та генетичні аномалії.

4.9. Страховим випадком також не вважається одержання 3О медичної допомоги, не передбаченої Договором Страхування.

4.10. Окремі положення, зазначені у п.п. 4.1 - 4.8 цих Правил, можуть бути передбачені у Договорі страхування як страхові випадки при умові сплати додаткового страхового платежу.

4.11. У разі незгоди 3О з рішенням Страховика про відмову у визнанні події, що відбулась, страховим випадком та/або про відмову оплатити вартість медичної допомоги та/або її частки, це рішення може бути оскаржено в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. ФРАНШИЗА

5.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страховика та Страхувальника.

5.2. Погоджений Страховиком та Страхувальником розмір страхової суми ~~визначається~~ в Договорі.

5.3. У Договорі можуть бути встановлені окремі страхові суми за окремими ~~Програмами~~, страховими випадками або за певними видами передбаченої Договором медичної допомоги.

5.4. Розмір страхової суми може бути змінено за згодою Страховика та Страхувальника до настання страхового випадку.

5.5. Після здійснення страхової виплати сума зобов'язань Страховика за Договором ~~зменшується~~ з моменту здійснення страхової виплати, якщо інше не передбачено умовами Договору. Страхувальник має право відновити суму зобов'язань Страховика або збільшити її розмір, за умови сплати додаткового страхового платежу.

5.6. Страхова сума в період дії Договору може бути збільшена за заявою Страхувальника з обґрунтуванням причин збільшення, шляхом укладання Додаткової угоди до Договору та сплати додаткового страхового платежу.

5.7. В Договорі може бути передбачена франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно Договору. Франшиза визначається за згодою Сторін при укладанні Договору у відсотках від страхової суми або в абсолютному розмірі.

5.8. Франшиза застосовується для кожного страхового випадку. Якщо мали місце ~~декілька~~ страхових випадків, сума франшизи вираховується при визначенні суми збитку по кожному випадку. Договором може бути передбачено, що розмір франшизи може

визначається на певний відсоток від її розміру, визначеного Договором, для кожного наступного страхового випадку.

6. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ.

6.1. Розмір страхових тарифів обчислюється актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків (з урахуванням вартості медичних і інших послуг, наданих ЗО, кількості ЗО, переліку страхових випадків і т. ін.);

6.2. Страховий тариф встановлюється у відсотках від страхової суми з урахуванням віку, статі і стану здоров'я ЗО, страхового ризику, на випадок якого проводиться страхування, роду діяльності і умов праці ЗО, конкретного переліку видів медичної допомоги, рівня медичної допомоги. Базові страхові тарифи, що застосовуються при укладанні Договорів на підставі цих Правил, наведені в Додатках до цих Правил.

6.3. Страховий платіж визначається залежно від розміру страхового тарифу, який встановлюється у Договорі згідно з умовами п.6.1. цих Правил.

6.4. Страхувальник має право сплачувати страховий платіж у формі, передбаченій законодавством України. Страховий платіж сплачується Страхувальником в порядку і на умови, передбачені Договором.

6.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеним Договором мають право вносити платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

6.6. У разі, якщо на момент настання страхового випадку страховий платіж, зазначений в Договорі, не сплачений Страхувальником в повному розмірі, страхове відшкодування здійснюється Страховиком пропорційно відношенню суми сплаченого страхового платежу до суми страхового платежу, зазначеного в Договорі, якщо інше не передбачено Договором.

6.7. У разі, якщо умовами Договору передбачена сплата страхового платежу частинами, і до зазначеного в Договорі строку не внесена відповідна частина страхового платежу незалежно від причин, то дія Договору припиняється на наступний день після закінчення періоду, за який сплачено платіж, якщо інше не передбачено умовами Договору.

7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Договір укладається у письмовій формі на підставі усної або письмової заяви Страхувальника. Факт укладання Договору може посвідчуватись страховим Свідоцтвом (Полісом, Сертифікатом).

7.2. При укладанні Договору Страхувальник зобов'язаний надати Страховику всю наявну інформацію та документи, які є підставою для визначення ступеню страхового ризику.

7.3. Страхувальник несе відповідальність за повноту, достовірність та своєчасність наданої інформації, зазначеної в п.7.2. цих Правил.

7.4. Заповнена заява не зобов'язує сторони укласти Договір страхування.

7.5. Якщо про зміни в інформації, зазначеній в Заяві на страхування, Страхувальник письмово не повідомить Страховика протягом 48 годин з моменту виникнення таких змін, то в разі настання страхового випадку Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування, або в період дії Договору вимагати його дострокового припинення.

7.6. У випадку втрати Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) в період дії Договору, Страховик видає Страхувальнику дублікат. Після видачі дублікату втрачені Договір або страхове Свідоцтво (Поліс, Сертифікат) є недійсними і виплати страхових відшкодувань по ним не здійснюються.

7.7. Будь-які зміни та доповнення до Договору вносяться за згодою Страхувальника і Страховика шляхом укладення Додаткової угоди.

7.8. Договором можуть бути передбачені умови страхування інші, ніж викладені в цих Правилах, якщо це не суперечить законодавству України.

7.9. В Договорі Страхувальником та Страховиком може бути передбачено, що окремі положення цих Правил не включаються в Договір і не діють у конкретних умовах страхування. В разі, якщо конкретні умови Договору не узгоджуються з положеннями цих Правил, застосовуються умови, визначені Сторонами Договору.

7.10. При укладенні Договору страхування Страхувальник/ЗО звільняє лікарів медичних закладів від зобов'язань конфіденційності перед Страховиком в частині, яка стосується факту, обставин настання та/або наслідків страхового випадку, а також стану здоров'я Страхувальник/ЗО до укладання Договору страхування.

8. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк. Договір вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше одного року. Дата початку та дата закінчення строку дії Договору зазначаються в Договорі.

8.2. Договір набуває чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором, діє протягом строку, зазначеного в Договорі, та закінчується о 24-й годині дня, зазначеного як останній день дії Договору.

8.3. Місце дії Договору визначається за згодою Страховика та Страхувальника.

9. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник має право:

9.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування та вимагати від Страховика роз'яснень їх положень, порядку визначення розмірів страхової суми, страхового платежу та страхового відшкодування.

9.1.2. На одержання страхової виплати в розмірі та строки, визначені цими Правилами та/або Договором.

9.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо змін і доповнень до умов Договору.

9.1.4. Достроково припинити дію Договору, якщо це передбачено його умовами, з надержанням вимог законодавства України.

9.1.5. Збільшити розмір страхової суми/ліміту відповідальності шляхом укладання Додаткової угоди на строк, що залишився до закінчення дії Договору, з внесенням додаткового страхового платежу.

9.1.6. Надавати Страховику додаткову інформацію та документи, що стосуються обставин страхового випадку.

9.1.7. На одержання від Страховика дублікату Договору або страхового Свідоцтва (Полісу, Сертифікату) у разі втрати оригіналу.

9.1.8. При укладанні Договору призначати Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі в порядку і на умовах, визначених Договором.

9.2.2. При укладанні Договору надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі протягом 48 годин з моменту настання змін в обставинах, що мають значення для оцінки страхового ризику, інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

9.2.3. Повідомити Страховика не пізніше 2 (двох) календарних днів з моменту коли відбулась зміна будь-якої інформації щодо Страхувальника/ЗО, Вигодонабувача, як то (але не виключно): адреси, поточного рахунку, перереєстрації й т.п.

9.2.4. Не розголошувати конфіденційну інформацію про діяльність Страховика.

9.2.5. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмету Договору.

9.2.6. Вживати заходів щодо усунення шкідливих факторів впливу на здоров'я ЗО та здійснити усі можливі заходи, направлені на зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

9.2.7. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором.

9.2.8. Повернути страхову виплату, що вже отримана ЗО, при виникненні обставин, що позбавляють ЗО права на отримання страхової виплати, передбачених законодавством України, цими Правилами та/або Договором, протягом строку, передбаченого цими Правилами та/або Договором.

9.2.9. Виконувати інші обов'язки, передбачені Договором страхування та законодавством України.

9.3. Застрахована особа має право:

9.3.1. У разі настання страхового випадку, отримувати медичну допомогу в порядку і на умовах, передбачених Договором.

9.3.2. Провести під час лікування заміну лікувально-профілактичного закладу або лікаря за згодою Страховика, якщо Договором не передбачено інше.

9.3.3. Сплачувати самостійно отримані медичні послуги на умовах, передбачених Договором.

9.3.4. Повідомити Страхувальника та/або Страховика про факт надання медичних послуг/медичної допомоги неналежної якості, про факт не надання медичної допомоги.

9.4. Застрахована особа зобов'язана:

9.4.1. Проходити лікування, яке призначене лікарем, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу в якому ЗО надається медична допомога.

9.4.2. Надавати достовірну інформацію ЛПЗ та Страховику про стан здоров'я ЗО.

9.4.3. Надавати Страховику та/або Асистансу можливість проведення додаткового медичного огляду у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я ЗО.

9.4.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку в порядку та у строки, передбачені Договором.

9.5. Страховик має право:

9.5.1. Перевіряти достовірність інформації, наданої Страхувальником та/або ЗО, а також вимагати виконання ними умов Договору страхування.

9.5.2. На проведення попереднього медичного обстеження Страхувальника та/або ЗО.

9.5.3. Відмовити у прийнятті на страхування ЗО.

9.5.4. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, медичних закладів та інших установ, що можуть володіти інформацією про обставини настання страхового випадку.

9.5.5. Повністю або частково відмовити в здійсненні страхової виплати.

9.5.6. Відстрочити прийняття рішення про страхову виплату на строк, передбачений Договором.

9.5.7. Достроково припинити дію Договору або вносити зміни в Договір в порядку та на умовах, передбачених цими Правилами та Договором.

9.6. Страховик зобов'язаний:

9.6.1. Ознайомити Страхувальника/ЗО з умовами та Правилами страхування.

9.6.2. Протягом 2-х робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування.

9.6.4. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається у Договорі.

9.6.5. Не розголошувати відомості про стан здоров'я ЗО.

9.6.6. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

9.6.7. Прийняти рішення про страхову виплату або відмовити у страховій виплаті у строки, передбачені в Договорі.

9.7. Умовами Договору можуть бути передбачені інші/додаткові права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

10. ДІ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник/ЗО повинен здійснити наступні дії:

10.1.1. В строк, передбачений в Договорі, повідомити Страховика та/або Асистанс про настання події, що має ознаки страхового випадку. У випадку, коли вчинення таких дій було неможливим, Страхувальник/ЗО повинен довести це документально.

10.1.2. В строк, передбачений в Договорі, повідомити про подію, що має ознаки страхового випадку, відповідні компетентні органи.

10.1.3. В строк, передбачений в Договорі, повідомити Страховика письмово про настання події, що має ознаки страхового випадку.

10.1.4. В порядку і на умовах, зазначених у Договорі, звернутись до ЛПЗ за наданням медичної допомоги.

10.1.5. Надати Страховику/Асистансу достовірну інформацію про подію, що має ознаки страхового випадку.

10.2. Невиконання Страхувальником умов п.10.1 цих Правил є підставою для відмови Страховика у страховій виплаті.

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

11.1. Страховик відшкодовує в межах страхової суми вартість наданих закладом охорони здоров'я послуг на підставі документів, наданих закладами охорони здоров'я/Асистансом Страховику.

11.2. Якщо ЗО за згодою Страховика сплатила вартість наданих медичних послуг, придбати медикаменти, їй повертаються витрачені грошові кошти на підставі підтверджуючих документів;

11.3. Для одержання страхової виплати Страхувальник/ЗО надає Страховику:

11.3.1. заяву;

11.3.2. документи, що дозволяють ідентифікувати особу Страхувальника/ЗО;

11.3.3. медичну довідку/виписку з амбулаторної карти, історії хвороби, висновок лікаря;

11.3.4. документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів;

11.3.5. інші документи на вимогу Страховика, що стосуються факту, причин настання страхового випадку та розміру завданого збитку.

11.4. При необхідності Страховик запитує відомості, пов'язані зі страховим випадком: у правоохоронних органів, медичних установ та інших підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

11.5. Документи, зазначені в п.11.3 цих Правил, надаються Страховику протягом строку, передбаченого Договором.

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

12.1. Страхові виплати здійснюються Страховиком шляхом:

12.1.1. Перерахування грошових коштів на рахунок Асистансу/закладу охорони здоров'я на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та визначають вартість наданої медичної допомоги. Форма вказаних документів і строки розрахунків погоджуються між Страховиком та Асистансом, або Страховиком та закладом охорони здоров'я.

12.1.2. Відшкодування Страхувальнику/ЗО вартості отриманих Страхувальником/ЗО медичних послуг у разі самостійної їх сплати за умови надання всіх документів, зазначених в п.11.3 цих Правил.

12.2. Розмір страхової виплати розраховується Страховиком на підставі документів, зазначених в розділі 11 цих Правил.

12.3. Якщо інше не передбачено Договором, страхова виплата здійснюється в межах розміру, розрахованому Страховиком:

12.3.1. Страхувальнику/ЗО протягом 15-ти робочих днів з дня складання Страхового акту. Страховик складає Страховий акт протягом 15-ти робочих днів з дня отримання документів, зазначених в розділі 11 цих Правил.

12.3.2. Закладу охорони здоров'я/Асистансу у порядку і на умовах, передбачених договором, укладеним між Страховиком та Асистансом/закладом охорони здоров'я.

12.4. У разі недостатності наданих Страхувальником/ЗО документів для встановлення факту, обставин, причин настання страхового випадку та/або розміру завданних збитків, Страхувальник/ЗО на вимогу Страховика зобов'язаний надати також інші документи. При цьому Страховик має право подовжити строк для прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до моменту надання Страхувальником таких документів.

12.5. У разі виникнення спорів між Страховиком та Страхувальником/ЗО/Асистансом/закладом охорони здоров'я щодо кваліфікації події як страхового випадку, причин та обставин, розміру збитку, який підлягає відшкодуванню у зв'язку з настанням страхового випадку, та виникнення сумнівів у Страховика щодо достовірності інформації, зазначеної в документах, кожна із Сторін має право на проведення за власний рахунок незалежної експертизи. Прийняття Страховиком в такому випадку рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування може бути відстрочено, але не більше ніж на 6 місяців.

12.6. У разі початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства, рішення про страхову виплату приймається після закінчення досудового розслідування (закриття кримінального провадження) або винесення судом у кримінальному провадженні вироку, або винесення постанови чи ухвали суду про застосування примусових заходів медичного характеру, або винесення постанови по справі про адміністративні правопорушення, або прийняття рішення по цивільній (господарській справі). В цьому випадку строк прийняття рішення про страхову виплату може бути подовжений до 12 місяців, якщо інше не передбачене Договором, з дати початку досудового розслідування у кримінальному провадженні, порушення провадження у справі про адміністративні правопорушення, порушення провадження в порядку цивільного або господарського судочинства. При поданні Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем/Асистансом заяви до суду, що стосується події, яка має ознаки страхового випадку, останні зобов'язані залучити Страховика в якості третьої особи без самостійних вимог. Порушення цього зобов'язання може бути підставою для відмови у страховій виплаті.

12.7. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхову суму, зазначену в Договорі. Якщо страхова виплата здійснена в розмірі повної страхової суми, цей Договір припиняється.

12.8. Після здійснення Страховиком страхової виплати, що становить частину страхової суми, Договір зберігає чинність до закінчення строку його дії. При цьому сума зобов'язань Страховика зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

12.9. У разі, якщо після здійснення страхової виплати Страховальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки в повному обсязі, Страховальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику страхову виплату. У разі, якщо після здійснення страхової виплати, Страховальнику/ЗО/Вигодонабувачу третьою особою відшкодовані збитки частково, Страховальник/ЗО/Вигодонабувач зобов'язаний повернути Страховику суму відшкодування, отриманого від третьої особи.

12.10. Страховик має право відстрочити прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті до одержання необхідної інформації, але не більше, ніж на 6 місяців з дня отримання заяви Страховальника, у випадках, коли:

12.10.1. У нього з'явилися обґрунтовані сумніви стосовно наявності прав Страховальника/ЗО/Вигодонабувача або іншої особи на отримання страхової виплати.

12.10.2. Надані документи не дають змоги повністю з'ясувати причини і обставини страхового випадку, розмір страхової виплати.

13. ПІДСТАВИ ДЛЯ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Рішення про відмову у страховій виплаті приймається Страховиком протягом 15-ти робочих днів з дня одержання документів, передбачених розділом 11 цих Правил, якщо інший строк не передбачений умовами Договору.

13.2. Рішення про відмову у страховій виплаті письмово повідомляється Страховальнику протягом 10-ти робочих днів з дня прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови, якщо інший строк не передбачений умовами Договору.

13.3. Підстави для відмови у страховій виплаті в повному обсязі або частково є:

13.3.1. Навмисні дії Страховальника або особи, на користь якої укладено Договір, 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 делової репутації. Кваліфікація дій Страховальника або особи, на користь якої укладено Договір, встановлюється відповідно до законодавства України.

13.3.2. Вчинення Страховальником/ЗО злочину, що призвів до настання страхового випадку.

13.3.3. Самогубство та замах на самогубство Страховальника/ЗО.

13.3.4. Подання Страховальником/ЗО свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору або про факт настання страхового випадку.

13.3.5. Несвоєчасне повідомлення Страховальником/ЗО про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

13.3.6. Не надання Страховальником/ЗО/Вигодонабувачем в строк, зазначений в Договорі, документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків.

13.3.7. Отримання ЗО послуг, що належать до обмежень страхування та виключень із страхових випадків, зазначених у Розділі 4 цих Правил.

13.3.8. Одержання ЗО медичних послуг без погодження Страховика/Асистансу.

13.3.9. Обслуговування іншої особи за документами ЗО. У випадку передачі Страховальником/ЗО страхового полісу (страхового свідоцтва) іншим особам для їх подальшого обслуговування всі рахунки, що підлягають оплаті за надані медичні послуги

та інші послуги по цих зверненнях, повинні бути оплачені особисто ЗО або Страхувальником.

13.3.10. Надання медичних та інших послуг особі, не застрахованій за Договором страхування.

13.3.11. Невиконання Страхувальником/ЗО обов'язків, передбачених цими Правилами, Договором страхування та законом.

13.3.12. Інші підстави, передбачені законом.

13.4. Умовами Договору можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат.

13.5. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена Страхувальником/ЗО/Вигодонабувачем у судовому порядку.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. закінчення строку його дії;

14.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

14.1.3. 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 десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору;

14.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

14.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

14.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору недійсним, що набрало законної сили;

14.1.7. з моменту виникнення обставин, що змінюють ступінь страхового ризику, якщо Сторонами не погоджено інше;

14.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України;

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

14.2.1. При достроковому припиненні Договору за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, який залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору, крім порушення строків страхової виплати, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.2.2. При достроковому припиненні дії Договору за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором.

14.3. Договір вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених законодавством України.

14.4. У разі визнання Договору недійсним або неукладеним, кожна із Сторін зобов'язана повернути іншій Стороні все отримане за цим Договором, якщо інше не передбачено законодавством України.

14.5. Якщо умовами Договору передбачено сплату страхового платежу частинами, і Страхувальником не сплачено чергову частину страхового платежу у передбачений Договором строк або сплачено чергову частину страхового платежу не в повному розмірі, Договір припиняє свою дію о 24:00 годині останнього дня строку, визначеного для сплати чергової частини страхового платежу. При цьому, всі події, що мають ознаки страхового випадку, які відбулись після припинення дії Договору, не визнаються страховими, а збитки, пов'язані з їх настанням, Страховиком не відшкодовуються. Якщо Страхувальником сплачено прострочену частину страхового платежу в повному розмірі після припинення дії Договору, останній вважається поновленим на тих самих умовах з дати, наступної за датою надходження чергового страхового платежу в повному розмірі на рахунок Страховика без зміни строку дії.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

15.1. За невиконання або неналежне виконання умов Договору Сторони несуть відповідальність, передбачену цими Правилами, Договором та законодавством України.

15.2. Якщо інше не передбачено Договором, за несвоєчасне здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику пеню у розмірі, передбаченому Договором, але в будь-якому випадку не більше подвійної облікової ставки НБУ, що діяла в період прострочення, від суми заборгованості за кожний день прострочення.

15.3. Всі спори та розбіжності, що виникають з Договору, та/або у зв'язку з ним та цими Правилами, вирішуються Сторонами шляхом переговорів, а разі недосягнення згоди – в судовому порядку відповідно до законодавства України.

16. ОСОБЛИВІ УМОВИ

16.1. Правовідносини Сторін, пов'язані з добровільним медичним страхуванням (безперервним страхуванням здоров'я), регулюються законодавством України, цими Правилами, навіть якщо це не зазначено в Договорі.

16.2. В Договорі Сторонами можуть бути передбачені інші особливі умови;

16.3. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, зазначені в цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», передбачаються в Договорі.

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) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ в тому числі:

- консультації терапевта та вузькопрофільних спеціалістів: отоларинголог, 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 30 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 Стаціонарна допомога (екстрена або екстрена та планова) передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі) лікування в умовах стаціонару при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування:

- перебування 30 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):

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до місця, де перебуває 30;
- 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 каретою 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):

- 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):

- 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, укладених строком в 1 рік):

До Договору 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; • Супроводження договору страхування довіреним лікарем Асистуючої компанії; • Надання лікарняних листків та інші
Медикаментозне забезпечення при амбулаторно-поліклінічному	• Вітамінізація або забезпечення імуномодуляторами; • Проведення вакцинації у перед епідемічний період; • Гомеопатичне лікування; • Пробиотики при антибіотикотерапії;

обслуговуванні	• 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. • снодійними та заспокійливими засобами, що відпускаються без рецепту; - та інші
Стаціонарна допомога	• Планова госпіталізація; • Розташування в 1-2-місних палатах підвищеного 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 • Експрес - аптечка • Профілактика ГРИПУ та ГРВІ (один раз на рік) • Діагностика захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) – до 5 збудників

	• Діагностика та лікування грибкових уражень • Лікування туберкульозу • Лікування онкологічних захворювань • Лікування цукрового діабету • Міжнародний поліс** з максимальним строком перебування за кордоном ____ днів • Відновлювально-реабілітаційне лікування • Внутрішньофірмова аптечка (офіс) • Медичний огляд (державні ЛПЗ) за бажанням ЗО • Медичний скринінг • Плановий візит лікаря до офісу (один раз на місяць) • Діагностика та лікування гепатитів „В”, „С • Дерматокосметологія • Лікування станів та захворювань, що є виключенням із страхових випадків • Жіноче здоров'я (розширена гінекологія/урологія) • Профілактика комп'ютерного синдрому • Лікування хронічних захворювань в стадії ремісії • Страхування працюючих членів сім'ї (в т. ч. школярів, студентів) на даних умовах від 18 до 60 років • Діагностика та лікування доброякісних новоутворень • Діагностика та лікування алергічних захворювань та інші
--	---

2. СТРАХОВІ ТАРИФИ

2.1. Базові річні страхові тарифи.

Таблиця 1

Страхові ризики	Страховий тарифи, %
гостре захворювання ЗО, що потребує надання екстреної медичної допомоги;	5,0
загострення хронічного захворювання ЗО, що становить загрозу життю та здоров'ю ЗО;	5,0
розлади здоров'я ЗО, що є наслідками нещасного випадку, який стався із ЗО;	4,0
гостра зміна стану здоров'я ЗО;	5,0
звернення ЗО до ЛПЗ у випадках, передбачених Договором;	50,0

2.2. В залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору, застосовуються коефіцієнти:

Таблиця 2

Корегуючий коефіцієнт в залежності від фактору ризику	Діапазон значень
К 1 - Вік ЗО	0,5 – 3
К 2 - Вид діяльності ЗО	0,8 – 2,5
К 3 - Місце проживання ЗО	0,8 – 2
К 4 - Умови проживання ЗО	1 – 2
К 5 - Стан здоров'я ЗО	0,5 – 5
К 6 - Розмір франшизи	0,5 – 1
К 7 - Обсяг страхового захисту (перелік страхових випадків)	0,5 – 1,3
К 8 - Розмір страхової суми	1 – 3

К 9 -Кількість ЗО при страхуванні групи ЗО	0,5 – 1
К 10 -Територія дії Договору	0,5 – 2

За погодженням 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, коли Договір укладається на строк менший одного року, застосовуються наступні коефіцієнти:

Таблиця 3

Кількість місяців дії Договору щодо окремої застрахованої особи, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт (К)	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

2.4. Нормативні витрати на ведення справи за цими Правилами складають 60% в структурі вищенаведених страхових тарифів.

Актуарій
Диплом № 02-032 від 15.05.2018р.



Борець В.А.

Усього в цьому документі
пронумеровано, прошито,
скріплено печаткою та
підписом 23 аркушів.

Голова Правління

/М.П. Афанасьєва/
ПрАТ СК "Арсенал"

