



"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Голова Правління  
"Європейське туристичне  
страхування"

М.М. Бойчин

" 04 " 12 2006 року

**ПРАВИЛА**  
добровільного медичного страхування  
(безперервного страхування здоров'я)

## Зміст

Терміни й визначення

1. Загальні положення
2. Страхові випадки
3. Винятки зі страхових випадків та обмеження страхування
4. Порядок укладання договору страхування
5. Страхова сума, страховий платіж та термін його сплати
6. Чинність та припинення дії договору страхування
7. Порядок здійснення страхової виплати
8. Права та обов'язки сторін
9. Особливі умови
10. Порядок вирішення спорів
11. Додатки

## ТЕРМІНИ Й ВИЗНАЧЕННЯ

У цьому розділі наведені терміни, що використовуються в даних Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

**Страховик** – Закрите акціонерне товариство "Європейське туристичне страхування", яке укладає зі Страхувальниками договори добровільного медичного страхування.

**Страхувальники** – юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі Страховиком договори добровільного медичного страхування.

**Застраховані особи** – особи, на користь і в інтересах яких укладено договір добровільного медичного страхування між Страховиком та Страхувальником і які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

**Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання, в разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних послуг в обсязі, передбаченому обраною Страхувальником програмою добровільного медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений термін та виконувати інші умови договору страхування.

**Страховий випадок** – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити оплату вартості медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) згідно з договором 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** - плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов договору страхування.

**Тарифна ставка** – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

**Спеціалізована служба** – юридична особа, що уклала договір зі Страховиком щодо організації медичної допомоги Застрахованим особам, медико-транспортних послуг та контролю за ходом лікування.

**Медичний заклад** – державний, або відомчий, або приватний лікувально-профілактичний заклад системи охорони здоров'я, або приватно-практикуючий медичний працівник, що має відповідну ліцензію, з яким Страховиком або спеціалізованою службою укладена угода стосовно надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі).

**Програма добровільного медичного страхування (далі програма страхування)** – це набір медичних, медико-транспортних та інших послуг певного переліку та якості, які надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) та оплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку.

## ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

### 1. Загальні положення

1.1. На умовах Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі - Правила) Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (далі - договори страхування).

1.2. Страхувальники можуть укласти із Страховиком договори про страхування третіх осіб (далі Застраховані особи), лише за їх згодою; Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Застрахованими за цими Правилами можуть бути особи віком від 16 до 60 років, за винятком осіб, зазначених у пункті 3.1 цих Правил, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

1.3. Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані зі здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

1.4. Страховик в разі настання страхового випадку гарантує оплату вартості медичних послуг певного переліку і якості в обсязі, передбаченому обраною програмою страхування.

Страховик несе відповідальність за оплату вартості медичних послуг, наданих за програмою страхування медичними закладами, переліченими у додатку до договору страхування (полісу). Медичні послуги надаються медичними закладами за договором із Страховиком або через спеціалізовану службу і Страховик має право не оплачувати медичну допомогу надану поза цими закладами.

1.5. Вибір програми страхування, строк дії договору страхування та розмір страхової суми визначається при укладенні договору страхування за погодженням між Страховиком та Страхувальником.

1.6. Договір страхування укладається строком до одного року, якщо його умовами не передбачене інше.

1.7. Укладені договори страхування діють тільки на території України, якщо інше не передбачене умовами договору.

### 2. Страхові випадки

2.1. Страховим випадком є документально підтвержене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до медичного закладу, з числа перелічених у додатку до договору страхування (полісу), за одержанням медичних послуг з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового хірургічного втручання (операції), травми, отруєння та інших обумовлених договором страхування випадків у вигляді консультативно-діагностичних, лікувально-профілактичних та медико-транспортних послуг, що надаються в порядку та на умовах передбачених програмами страхування в повному обсязі або в обсязі погодженої договором страхування їх частини.

2.2. Договір страхування може бути укладений на умовах таких програм страхування:

2.2.1. Повний обсяг медичної допомоги.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страховик гарантує Страхувальнику (Застрахованій особі) оплату вартості отриманих ним медичних послуг в разі стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного лікування, невідкладної та стоматологічної допомоги у медичних закладах, визначених договором страхування, відповідно до переліку, обраного Страхувальником.

2.2.2. Медична допомога при амбулаторному лікуванні.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страховик гарантує Страхувальнику (Застрахованій особі) оплату вартості отриманих ним медичних послуг відповідно до їх переліку, обраного Страхувальником, в разі амбулаторного лікування в медичних закладах, визначених договором страхування.

2.2.3. Медична допомога при стаціонарному лікуванні.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг відповідно до їх переліку,

обраного Страхувальником, в разі звернення до медичних закладів, визначених договором страхування, за стаціонарною медичною допомогою.

#### 2.2.4. Невідкладна медична допомога.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості невідкладної медичної допомоги відповідно до переліку, обраного Страхувальником, наданих бригадою швидкої медичної допомоги.

#### 2.2.5. Подорож

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості медичних послуг, отриманих ним в разі раптового гострого захворювання або нещасного випадку під час відпочинку, подорожі або відрядження.

#### 2.2.6. Сімейний лікар

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі раптового захворювання або нещасного випадку. При цьому застрахованою за умовами даної програми страхування може бути будь-яка особа, або група осіб, що знаходяться між собою у родинних стосунках (батьки та діти) та/або проживають разом (в межах однієї квартири або приватного будинку).

2.3. Програми страхування, за якими може бути укладений договір страхування, наведені в Додатках №1-№7 до цих Правил.

### 3. Винятки зі страхових випадків та обмеження страхування

3.1. Застрахованими не можуть бути особи, що знаходяться на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, шкіро-венерологічному та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, хворі на злоякісні онкологічні захворювання, а також інваліди першої та другої групи. Страховик має право вимагати визнання договорів страхування, укладених по відношенню до таких осіб, недійсними з моменту їх укладення, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

3.2. Якщо в договорі страхування не зазначене інше, то Страховик не несе відповідальності при зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) з приводу таких захворювань та станів:

3.2.1. Злоякісні онкологічні захворювання, СНІД, особливо небезпечні інфекції, захворювання що передаються переважно статевим шляхом, психічні захворювання, їх ускладнення та наслідки, професійні захворювання, ендокринні хвороби, системні захворювання сполучної тканини, захворювання органів та тканин, які потребують трансплантації, протезування та постійної замісної терапії, вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання.

3.2.2. Пологи, аборти, контрацепція, патології вагітності при термінах більше 8-ми тижнів, лікування безпліддя, імпотенції (за винятком абортів, які проводяться за медичними показаннями).

3.2.3. Порушення, що виникли у Страхувальника (Застрахованої особи), яка знаходилась в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, психічного розладу; внаслідок самолікування або лікування особою, яка не має відповідного сертифікату; внаслідок навмисних, або злочинних дій Страхувальника (Застрахованої особи); при вчиненні Страхувальником (Застрахованою особою) спроби самогубства; дій що направлені на настання страхового випадку; безпосередньо або опосередковано пов'язані з військовими діями будь-якого роду або громадськими заворушеннями.

3.2.4. Хронічні захворювання (за виключенням їх загострень, що потребують симптоматичного лікування), діагноз яких було вперше встановлено до моменту укладання договору страхування.

3.3. Страховик не сплачує вартість наданих медичних послуг та послуг з медичного транспортування у випадку:

- виклику бригади швидкої медичної допомоги за неповною, неточною або неіснуючою адресою, що вказана Страхувальником (Застрахованою особою) або іншою особою, що діє від імені Страхувальника (Застрахованої особи) та/або в його інтересах;
- відсутності Страхувальника (Застрахованої особи) за адресою, вказаною у виклику бригади швидкої медичної допомоги;

- виклику бригади швидкої медичної допомоги для надання медичної допомоги особі, що не є застрахованою за умовами відповідної програми страхування;
- виклику бригади швидкої медичної допомоги в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (в тому числі з метою переривання запою);
- лікування, проведеного у зв'язку з хворобою, що не передбачена договором страхування.

#### 4. Порядок укладання договору страхування

4.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином повідомляє про свій намір укласти договір страхування, повідомивши Страховику:

4.1.1. Дані про Страхувальника:

- прізвище, ім'я, по батькові (повну назву юридичної особи);
- домашню (юридичну) адресу та номер телефону;
- банківські реквізити (тільки для юридичних осіб);

4.1.2. Дані про Застраховану особу (про кожну окремо, якщо договір укладається на страхування кількох осіб):

- прізвище, ім'я, по батькові, стать;
- особистий ідентифікаційний код;
- домашню адресу та номер телефону;
- дату народження;
- умови страхування (в тому числі особливі умови);
- обрану програму страхування;
- розмір страхової суми;
- термін страхування.

Страхувальник, на прохання Страховика, повідомляє дані про стан здоров'я осіб, які приймаються на страхування, та інші дані, необхідні Страховику для визначення умов договору страхування та забезпечення медичного обслуговування Застрахованих осіб.

4.2. У разі подання Страхувальником невірогідних або свідомо неправдивих даних про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у страховій виплаті за договором страхування.

4.3. Факт укладення договору страхування посвідчується договором страхування чи полісом, який є формою договору.

4.4. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, кожен з примірників договору страхування має однакову юридичну силу і зберігається у Страховика і Страхувальника.

4.5. Якщо Страхувальник юридична особа - до договору страхування додається список осіб, які приймаються на страхування з зазначенням даних, що передбачені п.4.1.2 цих Правил. Список Застрахованих осіб, засвідчений підписом Страхувальника і печаткою, є невід'ємною частиною договору страхування.

4.6. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) договору страхування (полісу) Страховик, на підставі особистої заяви Страхувальника (Застрахованої особи), видає його дублікат. З моменту видачі дублікату втрачений примірник договору страхування (полісу) втрачає свою чинність і ніякі виплати за ним не здійснюються.

4.7. Страхувальнику (Застрахованій особі) забороняється передавати власний примірник договору страхування (полісу) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за договором страхування.

Якщо буде встановлено, що Страхувальник (Застрахована особа) передав іншій особі договір страхування (поліс) з метою одержання нею медичних послуг за договором страхування, Страховик достроково припиняє дію договору страхування у відношенні до такого Страхувальника (Застрахованої особи). Повернення страхових платежів у цьому випадку провадиться в порядку, передбаченому пунктом 6.5 цих Правил.

4.8. Страхувальник під час дії договору страхування, за погодженням зі Страховиком, може розширити перелік медичних послуг або підвищити розмір страхової суми за додатковою угодою до договору страхування, сплативши при цьому додатковий платіж. Додаткова угода до договору страхування починає діяти відповідно до умов частини другої пункту 6.1 цих Правил.

## **5. Страхова сума, страховий платіж та термін його сплати**

5.1. Страхова сума встановлюється на кожну Застраховану особу за погодженням між Страхувальником та Страховиком в грошовій одиниці України.

5.2. При укладанні договору страхування Страхувальником сплачується страховий платіж, розмір якого залежить від страхової суми, строку страхування, результатів попереднього медичного огляду (групи здоров'я) та інших умов за договором страхування, та визначається за тарифними ставками Страховика, наведеними у програмах страхування (Додатки №1-№6 до цих Правил).

В залежності від результатів попереднього медичного огляду Застрахованій особі встановлюється відповідна група здоров'я:

I група здоров'я - практично здорові особи без обтяжливої спадковості та шкідливих звичок, які перенесли дитячі інфекційні хвороби, хворіють простудними захворюваннями не частіше двох разів на рік, не мають хронічних захворювань, робота яких не пов'язана з небезпечними або шкідливими умовами;

II група здоров'я – відносно здорові особи з обтяжливою спадковістю та підвищеним ризиком захворіти на ендокринні, серцево-судинні, онкологічні, ревматичні, обмінні, психічні захворювання, які хворіють простудними захворюваннями частіше двох разів на рік, які не мають хронічних хвороб, або мають їх в стадії стійкої ремісії, в анамнезі - черепно-мозкові травми, ускладнення дитячих інфекційних хвороб, вживання алкоголю, паління, робота яких пов'язана або була пов'язана з небезпечними або шкідливими умовами праці;

III група здоров'я - особи, які мають хронічні захворювання з тенденцією до загострень, зловживають алкоголем, транквілізаторами, снодійними препаратами; страждають на виражені неврози, психопатію, сексуальні порушення, гіпертонічну хворобу I та II ступеня, ішемічну хворобу серця без вираженої стенокардії; які перенесли порожнинні операції.

5.3. Страховий платіж за договором страхування повинен бути сплачений Страхувальником одноразово за весь строк страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

5.4. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником:

5.4.1. Готівкою - до каси Страховика або страховому агенту;

5.4.2. Шляхом безготівкового розрахунку - через бухгалтерію підприємства, установи, організації, з розрахункового рахунку в банку.

5.5. Страхувальники згідно з укладеними договорами страхування мають право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - іноземною вільно конвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством.

## **6. Чинність та припинення дії договору страхування**

6.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування, і закінчується о 24 годині дня, зазначеного в договорі страхування, як дата закінчення його дії.

Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності з 00 годин дня, зазначеного в договорі страхування, як дата початку його дії, але не раніше надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика, або не раніше наступного дня після сплати платежу готівкою до каси Страховика або його представнику.

6.2. Договір страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

6.2.1. Закінчення терміну дії договору страхування.

6.2.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

6.2.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені договором страхування строки.

6.2.4. Смерті Застрахованої особи.

6.2.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

6.2.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

6.2.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.3. За вимогою Страховика, у випадку припинення строку дії договору страхування, Страхувальник повинен повернути оригінал договору страхування (полісу).

6.4. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

6.4.1. Якщо інше не передбачене умовами договору страхування та законодавством України, дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування.

6.4.2. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 днів до вірогідної дати дострокового припинення договору, якщо інше ним не передбачено.

6.5. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених виплат за надані медичні послуги за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених виплат за надані медичні послуги за цим договором страхування.

6.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування в зв'язку зі смертю Застрахованої особи або в зв'язку з виконанням Страховиком прийнятих на себе зобов'язань у повному обсязі страхові платежі не повертаються.

6.7. У разі припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено у безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.

6.8. Якщо в період дії договору страхування Страхувальник - юридична особа втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації і встановлюється його правонаступник, то всі права та обов'язки за договором страхування, переходять до його правонаступника.

6.9. У разі визнання судом Страхувальника-громадянина недієздатним його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.

У разі визнання судом Страхувальника-громадянина обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

## **7. Порядок здійснення страхової виплати**

7.1. У разі настання страхового випадку страхова виплата здійснюється шляхом оплати вартості наданих медичних послуг Страховиком або спеціалізованою службою безпосередньо на рахунок медичного закладу, що надає медичні послуги, за умови звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до спеціалізованої служби за телефоном, вказаним в договорі страхування (полісі) або до медичного закладу, передбаченого договором страхування. При зверненні до спеціалізованої служби або до медичного закладу Страхувальник (Застрахована особа) повинен вказати: назву Страховика, своє прізвище, номер договору страхування (полісу), назву програми, за якою укладено договір страхування. За першою вимогою спеціалізованої служби, медичного закладу або Страховика, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати оригінал договору страхування (полісу) та документ, що посвідчує його особу. Розрахунки між Страховиком та медичними закладами або спеціалізованою службою здійснюється в порядку та в строки, що передбачені договорами між Страховиком та медичними закладами або спеціалізованою службою.

7.2. Якщо у разі непередбачених або надзвичайних подій при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) особисто оплатив надані йому медичні послуги, передбачені програмою страхування, Страховик приймає рішення про відшкодування йому фактичних витрат в межах страхової суми чи суми, що визначена для відповідної програми страхування. Виплата здійснюється після розгляду документів, що підтверджують факт настання та обставини страхового випадку, а саме:

- довідки з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом), що підтверджує факт настання страхового випадку та діагноз, із зазначенням прізвища



пацієнта, дати звернення до медичного закладу, тривалості лікування, переліку наданих послуг, з розбиттям їх за датами та вартістю, загальної суми до сплати;

- рецепта, виписаного лікарем, якщо у зв'язку з даним страховим випадком виникла необхідність у придбанні ліків;

- документу, що підтверджує факт здійснення оплати за лікування та медикаменти (штамп про оплату, розписка про отримання грошей, банківська квитанція з зазначеною сумою на переказ тощо).

7.3. Загальна сума страхових виплат, здійснених за період дії договору страхування, не повинна перевищувати розміру страхової суми, встановленої договором страхування.

7.4. Рішення про страхову виплату або відмову в страховій виплаті приймається Страховиком в строк, не більший ніж 15 робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів. Рішення про відмову в страховій виплаті повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови на протязі 10 днів з моменту прийняття рішення.

7.5. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 робочих днів з дня прийняття рішення про таку виплату.

7.6. Оплата вартості медичних послуг здійснюється в грошовій одиниці України.

## **8. Права та обов'язки сторін**

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. Вимагати від Страховика оплати вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних послуг, визначених договором страхування згідно з обраною програмою страхування, в медичних закладах перелічених в додатку до договору страхування.

8.1.2. Передбачити самостійну оплату частини вартості одержаних медичних послуг; при цьому порядок оплати зазначається в договорі страхування.

8.1.3. Одержати дублікат договору страхування (полісу) згідно з пунктом 4.6 цих Правил.

8.1.4. Достроково припинити дію договору страхування, повідомивши про це Страховика не пізніше як за 30 днів до передбачуваної дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

8.1.5. Вибрати медичний заклад з числа зазначених у додатку до договору страхування (полісу) для отримання медичних послуг, передбачених договором страхування.

8.1.6. Вибрати особистого лікаря з числа залучених для надання медичних послуг за програмами страхування.

8.1.7. Звертатись до Страховика або до спеціалізованої служби за телефоном, зазначеним у договорі страхування (полісі), за роз'ясненнями щодо порядку надання та оплати вартості медичних послуг.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. Сплачувати страхові платежі у розмірах та в строки, визначені договором страхування.

8.2.2. Надавати Страховику при укладенні договору страхування інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для укладання договору страхування.

8.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування.

8.2.4. У разі настання страхового випадку повідомити про це спеціалізовану службу або Страховика у термін, передбачений договором страхування.

8.3. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника та обов'язки Застрахованої особи, зокрема:

8.3.1. Виконувати приписи лікаря, який лікує Страхувальника (Застраховану особу), що одержані протягом надання медичних послуг, виконувати внутрішній розпорядок, встановлений медичним закладом.

8.3.2. Турбуватись про схоронність документів, що мають відношення до договору страхування і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

8.3.3. Пройти попередній медичний огляд або заповнити "Декларацію про стан здоров'я" за встановленою Страховиком формою, якщо це передбачено умовами договору страхування, або за вимогою Страховика.

У разі заповнення Страхувальником (Застрахованою особою) "Декларації про стан здоров'я", вона є невід'ємною частиною договору страхування.

8.4. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, заходів, зазначених в п.8.2.4 і в п.8.3 цих Правил повинна вжити Застрахована особа.

8.5. Страховик зобов'язаний:

8.5.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

8.5.2. Видати договір страхування (поліс) у строк до 10 робочих днів з моменту його підписання, з доданням обраної Страхувальником програми страхування, за якою укладений договір страхування.

8.5.3. Здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі), у разі настання страхового випадку, у терміни, передбачені договором страхування або договором між Страховиком та медичним закладом або спеціалізованою службою. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені, розмір якої визначається умовами договору страхування;

8.5.4. Забезпечити конфіденційність у відношеннях зі Страхувальником (Застрахованою особою), за винятком випадків, передбачених законодавством України.

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

8.6. Страховик має право:

8.6.1. Перевіряти інформацію, що подається Страхувальником (Застрахованою особою), а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування.

8.6.2. Відмовити в оплаті вартості медичних послуг відповідно до пунктів 3.2 та 4.2 цих Правил, а також у випадку передачі Страхувальником (Застрахованою особою) оригіналу договору страхування (полісу) третій особі для одержання нею медичних послуг за договором страхування.

8.6.3. Відкласти на строк до 90 днів вирішення питання про оплату вартості наданих медичних послуг або відмову від оплати у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку, а у випадку порушення кримінальної справи у відношенні Страхувальника (Застрахованої особи) за фактом подій, що призвели до його травмування або іншого розладу здоров'я, до моменту прийняття відповідного рішення компетентними органами.

8.6.4. Дostroково припинити дію договору страхування, повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу) не пізніше, як за 30 днів до передбачуваної дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

8.6.5. Відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування.

8.7. Страховик несе відповідальність за розголошення лікарської таємниці його працівниками відповідно до чинного законодавства України.

9. Особливі умови:

9.1. Цими Правилами регламентовано основні умови добровільного медичного страхування. Однак за згодою Страховика та Страхувальника до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України. Узгоджені Сторонами положення договору страхування мають юридичну перевагу в порівнянні з положеннями цих Правил.

10. порядок вирішення спорів

10.1. Спори, що виникають за договором страхування, розглядаються у відповідності до чинного законодавства України.

**Програма добровільного медичного страхування  
"Повний обсяг медичної допомоги"**

1. Загальні положення

1.1. За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного лікування, невідкладної та стоматологічної допомоги у медичних закладах, визначених договором страхування.

2. Страхові випадки:

2.1. Страховим випадком за цією програмою є документально підтверджене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до медичного закладу, за одержанням медичних послуг з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового хірургічного втручання (операції), травми, отруєння та інших обумовлених договором страхування випадків, у вигляді консультативно-діагностичних та лікувально-профілактичних послуг.

3. Перелік медичних послуг

3.1. Амбулаторно - поліклінічне лікування оплачується Страховиком в межах до 40 % від встановленої договором страхування страхової суми в такому об'ємі:

3.1.1. Супровід лікарем-координатором з моменту першого звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до закінчення лікувальних і діагностичних процедур.

3.1.2. Консультації лікарів-спеціалістів за спеціальністю: терапевт, хірург, уролог, дерматовенеролог, оториноларінголог, гінеколог, алерголог, невропатолог, гематолог, нарколог, психіатр, гастроентеролог, кардіолог, інфекціоніст, ревматолог, лікар з лікувальної фізкультури, ендокринолог, стоматолог, фтизіатр, онколог, ортопед-травматолог, дієтолог, офтальмолог, радіолог, нейрохірург та лікарі більш вузьких спеціальностей.

3.1.3. Застосування лабораторних та інструментальних методів діагностики, в тому числі, методи з використанням спеціальних діагностичних препаратів, тест-систем та апаратури (загальні та спеціальні методи дослідження крові, та фізіологічних виділень організму; рентгенологічні методи діагностики та методи з використанням радіоактивних ізотопів; ультразвукові методи дослідження; термографічні методи дослідження; дослідження біологічних середовищ організму; діагностична пункція; електрокардіо та електроенцефалографія; дослідження функції зовнішнього дихання; діагностичне зондування; гастро та бронхоскопія; діагностична лапароскопія; гінекологічні дослідження).

3.1.4. Амбулаторне консервативне та оперативне лікування хвороб та станів, що не потребують госпіталізації до стаціонару в такому об'ємі:

- огляд лікаря (в тому числі, виклик лікаря додому, якщо це обумовлене договором страхування);

- встановлення попереднього та остаточного діагнозу;

- призначення плану допоміжних обстежень та лікування;

- контроль за перебігом лікування;

- медикаментозне забезпечення згідно з приписом лікаря;

- фізіотерапевтичні методи лікування ( УВЧ, електрофорез, інгаляції та таке ін.).

3.2. Стаціонарне лікування оплачується Страховиком в межах до 50 % від встановленої договором страхування страхової суми в такому об'ємі:

3.2.1. Екстрена та планова госпіталізація при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування.

3.2.2. Консервативне лікування соматичних захворювань та станів.

3.2.3. Оперативне хірургічне лікування (за виключенням косметологічної, пластичної, імплантаційної, реконструктивної та замісної хірургії), з урахуванням післяопераційної реабілітації.

3.2.4. Медикаментозне забезпечення.

3.2.5. Консультативно-діагностичне обслуговування в умовах стаціонару.

3.2.6. Денний стаціонар.

3.3. Невідкладна допомога оплачується Страховиком за фактичними витратами в межах встановленої договором страхування страхової суми в такому об'ємі:

3.3.1. Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.

3.3.2. Експрес діагностика.

3.3.3. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.

3.3.4. Медикаментозне забезпечення.

3.3.5. Доставка каретою швидкої допомоги до спеціалізованого стаціонару для проведення подальшого лікування.

3.4. Стоматологічні послуги оплачуються Страховиком в межах до 10 % від встановленої договором страхування страхової суми в такому об'ємі:

3.4.1. Консультації стоматолога.

3.4.2. Діагностичні дослідження стоматологічних захворювань (попередні та контрольні після проведеного лікування).

3.4.3. Терапевтичні та хірургічні методи лікування зубів та ротової порожнини (за виключенням протезування та ортодонтичних операцій).

3.4.4. Анестезія.

4. Розмір страхових платежів

4.1. Розмір страхового платежу при укладанні договору страхування за умовами даної програми залежить від групи здоров'я Застраховальника (Застрахованої особи) і визначається за тарифними ставками, наведеними в таблиці у % від страхової суми:

Група здоров'я	I	II	III
страховий тариф на рік %	4,0	6,0	8,0

4.2. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, кількості Застрахованих осіб та категорії медичного закладу, в якому буде надаватись медична допомога Застрахованій особі ) передбачені коефіцієнти до базових страхових тарифів:

- підвищувальні від 1,1 до 3;

- знижувальні від 0,99 до 0,5.

4.3. При укладанні договорів страхування на новий термін передбачений знижувальний коефіцієнт до базового страхового тарифу в розмірі 0,95 на кожний наступний рік, але страховий тариф не може бути нижче 50% від базового страхового тарифу.

4.4. Норматив витрат на ведення справи складає 40 %.

Актуарій



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
"Медична допомога при амбулаторному лікуванні"**

1. Загальні положення

1.1. За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі амбулаторно-поліклінічного лікування у медичних закладах, визначених договором страхування.

2. Страхові випадки

2.1. Страховим випадком за цією програмою є документально підтверджене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до амбулаторно-поліклінічного медичного закладу, за одержанням медичних послуг з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, травми, отруєння та інших обумовлених договором страхування випадків, у вигляді консультативно-діагностичних та лікувально-профілактичних послуг.

3. Перелік медичних послуг

3.1. Супровід лікарем-координатором з моменту першого звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до закінчення лікувальних і діагностичних процедур.

3.2. Консультації лікарів-спеціалістів за спеціальністю: терапевт, хірург, уролог, дерматовенеролог, оториноларінголог, гінеколог, алерголог, невропатолог, гематолог, нарколог, психіатр, гастроентеролог, кардіолог, інфекціоніст, ревматолог, лікар з лікувальної фізкультури, ендокринолог, стоматолог, фтизіатр, онколог, ортопед-травматолог, дієтолог, офтальмолог, радіолог, нейрохірург та лікарі більш вузьких спеціальностей.

3.3. Застосування лабораторних та інструментальних методів діагностики в тому числі, методи з використанням спеціальних діагностичних препаратів, тест-систем та апаратури (загальні та спеціальні методи дослідження крові та фізіологічних виділень організму; рентгенологічні методи діагностики та методи з використанням радіоактивних ізотопів; ультразвукові методи дослідження; термографічні методи дослідження; дослідження біологічних середовищ організму; діагностична пункція; електрокардіо та електроенцефалографія; дослідження функції зовнішнього дихання; діагностичне зондування; гастро та бронхоскопія; діагностична лапароскопія; гінекологічні дослідження).

3.4. Амбулаторне консервативне та оперативне лікування хвороб та станів, що не потребують госпіталізації до стаціонару в такому об'ємі:

- огляд лікаря (в тому числі, виклик лікаря додому, якщо це передбачене договором страхування);
- встановлення попереднього та остаточного діагнозу;
- призначення плану допоміжних обстежень та лікування;
- контроль за перебігом лікування;
- медикаментозне забезпечення згідно з приписом лікаря;
- фізіотерапевтичні методи лікування ( УВЧ, електрофорез, інгаляції та таке ін.).

4. Розмір страхових платежів

4.1. Розмір страхового платежу при укладанні договору страхування за умовами даної програми залежить від групи здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) і визначається за тарифними ставками наведеними в таблиці у % від страхової суми:

Група здоров'я	I	II	III
страховий тариф на рік %	2,0	3,0	4,0

4.2. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, кількості Застрахованих осіб та категорії медичного закладу, в якому буде надаватись медична допомога Застрахованій особі ) передбачені коефіцієнти до базових страхових тарифів:

- підвищувальні від 1,1 до 3;

- знижувальні від 0,99 до 0,5.

4.3. При укладанні договорів страхування на новий термін передбачений знижувальний коефіцієнт до базового страхового тарифу в розмірі 0,95 на кожний наступний рік, але страховий тариф не може бути нижче 50% від базового страхового тарифу.

4.4. Норматив витрат на ведення справи складає 30 %.

Актуарій



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
"Медична допомога при стаціонарному лікуванні"**

1. Загальні положення

1.1. За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі стаціонарного лікування у медичних закладах, визначених договором страхування.

2. Страхові випадки

2.1. Страховим випадком за цією програмою є документально підтверджене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до стаціонарного медичного закладу, з числа перелічених у додатку до договору страхування (полісу) або визначених у договорі зі спеціалізованою службою, за одержанням медичних послуг з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, планового хірургічного втручання (операції), травми, отруєння та інших обумовлених договором страхування випадків, у вигляді консультативно-діагностичних та лікувально-профілактичних послуг.

3. Перелік медичних послуг

3.1. Екстрена та планова госпіталізація при наявності хвороб та станів, що потребують стаціонарного лікування.

3.2. Консервативне лікування соматичних захворювань та станів.

3.3. Оперативне хірургічне лікування ( за виключенням косметологічної, пластичної, імплантаційної, реконструктивної та замісної хірургії), з урахуванням післяопераційної реабілітації.

3.4. Медикаментозне забезпечення.

3.5. Консультативно-діагностичне обслуговування в умовах стаціонару.

3.6. Денний стаціонар.

4. Розмір страхових платежів

4.1. Розмір страхового платежу при укладанні договору страхування за умовами даної програми залежить від групи здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) і визначається за тарифними ставками наведеними в таблиці у % від страхової суми:

Група здоров'я	I	II	III
страховий тариф на рік %	1,6	2,4	3,2

4.2. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, кількості Застрахованих осіб та категорії медичного закладу у якому буде надаватись медична допомога Застрахованій особі ) передбачені коефіцієнти до базових страхових тарифів:

- підвищувальні від 1,1 до 3;

- знижувальні від 0,99 до 0,5.

4.3. При укладанні договорів страхування на новий термін передбачений знижувальний коефіцієнт до базового страхового тарифу в розмірі 0,95 на кожний наступний рік, але страховий тариф не може бути нижче 50% від базового страхового тарифу.

4.4. Норматив витрат на ведення справи складає 30 %.

Актуарій -



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
"Невідкладна медична допомога"**

1. Загальні положення
  - 1.1. За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі невідкладної допомоги у медичних закладах, визначених договором страхування.
2. Страхові випадки
  - 2.1. Страховим випадком за цією програмою є документально підтверджене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до служби швидкої медичної допомоги що вказана у додатку до договору страхування (полісу), або до спеціалізованої служби за одержанням медичних послуг з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, ускладнення, що виникло під час лікування, травми, отруєння та інших обумовлених договором страхування випадків, у вигляді лікувально-профілактичних послуг.
3. Перелік медичних послуг
  - 3.1. Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
  - 3.2. Експрес діагностика.
  - 3.3. Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.
  - 3.4. Медикаментозне забезпечення.
  - 3.5. Доставка каретою швидкої допомоги до спеціалізованого стаціонару, для проведення подальшого лікування.
4. Обмеження страхування
  - 4.1. Страховик не несе відповідальності за договором страхування і не оплачує медичні послуги, надані Страхувальнику (Застрахованій особі) у випадку (в доповнення до викладених в п. 3.2 Правил):
    - 4.1.1. Виклику бригади швидкої медичної допомоги за неповною, неточною або неіснуючою адресою, що вказана Страхувальником (Застрахованою особою) або іншою особою, що діє від імені Страхувальника (Застрахованої особи) та/або в його інтересах;
    - 4.1.2. Відсутності Страхувальника (Застрахованої особи) за адресою, вказаною у виклику бригади швидкої медичної допомоги;
    - 4.1.3. Виклику бригади швидкої медичної допомоги для надання медичної допомоги особі, що не є застрахованою за умовами відповідної програми страхування.
    - 4.1.4. Виклику бригади швидкої медичної допомоги в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (в тому числі з метою переривання запою).
5. Розмір страхових платежів
  - 5.1. Розмір страхового платежу при укладанні договору страхування за умовами даної програми залежить від групи здоров'я Застрахованої особи і визначається за тарифними ставками наведеними в таблиці у % від страхової суми:

Група здоров'я	I	II	III
страховий тариф на рік %	1,0	1,5	2,0

- 5.2. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, кількості Застрахованих осіб та категорії медичного закладу, в якому буде надаватись медична допомога Застрахованій особі ) передбачені коефіцієнти до базових страхових тарифів:
  - підвищувальні від 1,1 до 3;
  - знижувальні від 0,99 до 0,5.



5.3. При укладанні договорів страхування на новий термін передбачений знижувальний коефіцієнт до базового страхового тарифу в розмірі 0,95 на кожний наступний рік, але страховий тариф не може бути нижче 50% від базового страхового тарифу.

5.4. Норматив витрат на ведення справи складає 30 %.

Актуарій



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
"Подорож"**

**1. Загальні положення**

За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі раптового гострого захворювання, або нещасного випадку під час відпочинку, подорожі, або відрядження.

**2. Страхові випадки**

2.1. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до відповідного медичного закладу або спеціалізованої служби у разі нещасного випадку, або раптового захворювання, що потребує екстреної медичної допомоги.

2.2. Під нещасним випадком слід розуміти раптову, короточасну, непередбачену та незалежну від волі Страхувальника (Застрахованої особи) подію, що фактично відбулася, та внаслідок якої настав розлад здоров'я, а саме:

- травми; опіки, наслідки ураження блискавкою або електричним струмом;
- обмороження, переохолодження;
- випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими), ліками;
- наслідки укусів тварин, отруйних комах, змій.

2.3. Раптове захворювання – хвороба, що виникла несподівано або загрожує життю Страхувальника (Застрахованої особи), та вимагає невідкладної медичної допомоги.

**3. Перелік медичних послуг**

**3.1. Швидка невідкладна медична допомога:**

- виклик лікаря відповідного медичного закладу або спеціалізованої бригади швидкої (невідкладної) медичної допомоги до місця перебування Страхувальника (Застрахованої особи), у якого внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання стався гострий розлад здоров'я;
- надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі;
- медикаментозне забезпечення;
- транспортування каретою швидкої допомоги, у разі існування загрози для життя чи здоров'я Застрахованої особи, до відповідного медичного закладу для проведення подальшого лікування.

**3.2. Амбулаторна медична допомога:**

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

**3.3. Невідкладна стаціонарна медична допомога:**

- госпіталізація за екстреними показаннями до відповідного медичного закладу;
- консервативне та оперативне лікування невідкладних станів, які виникли в результаті нещасного випадку або раптового гострого захворювання;
- медичне обстеження, направлене на виявлення причин, що безпосередньо призвели до розладу здоров'я;
- медикаментозне забезпечення.

**4. Обмеження**

4.1. Страхівик не несе відповідальності за договором страхування і не відшкодовує витрати в доповнення до викладених в п. 3.2 Правил):

- на медичне обслуговування або лікування Страхувальника (Застрахованої особи), що не є невідкладним і не призначене з приводу раптової хвороби або нещасного випадку;
- пов'язані з епідемією, забрудненням навколишнього середовища або стихійним лихом;

- пов'язані з нещасними випадками, що відбулися під час занять усіма видами спорту на професійному рівні під час змагань або тренувань та такими видами спорту на аматорському рівні, як: авто-мото-спорт, повітряні види спорту, високогірний альпінізм, види спорту на снігу або льоду, бойові види спорту, спелеологія, бенджинг;
- на проведення водолікування, геліотерапії, косметичного лікування.

4.2. Страховик залишає за собою право оплачувати лікування в лікарні до того часу, поки мине необхідність у стаціонарному лікуванні, або стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи), що визначається лікарем, який його лікує, дозволить продовження лікування Страхувальника (Застрахованої особи) в амбулаторних умовах, або за місцем його постійного проживання.

## 5. Розміри страхових платежів

5.1. Розмір страхового платежу залежить від обраної Страхувальником страхової суми і строку страхування та визначається за таблицею:

Строк страхування	Страхова сума (грн.)					
	3000		5000		10000	
	Страховий тариф (% від страхової суми)	Страховий платіж (грн.)	Страховий тариф (% від страхової суми)	Страховий платіж (грн.)	Страховий тариф (% від страхової суми)	Страховий платіж (грн.)
до 7 днів	0,15	4,5	0,12	6	0,11	11
до 10 днів	0,167	5	0,16	8	0,15	15
до 15 днів	0,25	7,5	0,24	12	0,22	22
до 21 дня	0,333	10	0,32	16	0,3	30
до 1 місяця	0,5	15	0,44	22	0,4	40
більше одного місяця	0,0167	0,50 (за кожний день)	0,016	0,80 (за кожний день)	0,015	1,50 (за кожний день)

5.2. При визначенні страхового платежу для осіб віком понад 60 років застосовується підвищувальний коефіцієнт 1,5.

5.3. При визначенні страхового платежу для групи подорожуючих можуть застосовуватись знижувальні коефіцієнти до страхового платежу:

- для групи від 10 до 19 чоловік - 0,9;
- для групи від 20 до 49 чоловік - 0,85;
- для груп понад 50 чоловік - 0,8.

5.4. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, стану здоров'я Застрахованих осіб, кліматичної та політичної ситуації в регіоні, до якого вирушає застрахований, та інших) передбачені коефіцієнти до базових тарифних ставок:

- підвищувальні від 1,1 до 5,0;
- знижувальні від 0,99 до 0,5.

5.5. Норматив витрат на ведення справи складає 40 %."

4. Всі інші положення Правил зберігають чинність в частині, що не суперечить цим змінам та доповненням.

Актарій



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
" Сімейний лікар "**

1. Загальні положення

1.1. За цією програмою Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг в разі раптового захворювання або нещасного випадку.

1.2. Застрахованою за умовами даної програми може бути будь-яка особа або група осіб, що знаходяться між собою у родинних стосунках (батьки та діти) та/або проживають разом (в межах однієї квартири або приватного будинку).

1.3. Сімейно-територіальна дільниця це квартира (приватний будинок), в якій проживає група осіб, що знаходяться між собою у родинних стосунках (батьки та діти) та/або постійно проживають разом.

1.4. Сімейний лікар це прикріплений до сімейно-територіальної дільниці лікар- спеціаліст з вищою медичною освітою за спеціальністю сімейна медицина, який має юридичне право надавати первинну багатопрофільну невідкладну та амбулаторно-поліклінічну допомогу на закріпленій за ним сімейно – територіальній дільниці.

2. Страхові випадки

2.1. Страховим випадком є звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до сімейного лікаря в разі виникнення гострого захворювання, раптового загострення хронічного захворювання або нещасного випадку, що потребує надання екстреної медичної допомоги.

3. Перелік медичних послуг

3.1. Амбулаторно - поліклінічне лікування здійснюється сімейним лікарем в умовах медичного закладу або з виїздом до місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи), в такому обсязі:

- супровід сімейним лікарем з моменту звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до закінчення лікувальних і діагностичних процедур;
- консультації лікарів-спеціалістів за телефоном, в медичному закладі або з виїздом до місця знаходження Страхувальника (Застрахованої особи), за направленням сімейного лікаря;
- застосування необхідних лабораторних та інструментальних методів діагностики за призначенням сімейного лікаря;
- амбулаторне консервативне та оперативне лікування хвороб та станів терапевтичного, хірургічного та педіатричного профілю, які не потребують госпіталізації (огляд, встановлення попереднього та остаточного діагнозу, призначення плану допоміжних обстежень та лікування, контроль за перебігом лікування, застосування медикаментозних, фізіотерапевтичних, мануальних та інших видів терапії);
- медикаментозне забезпечення.

3.2. Невідкладна допомога

- виїзд сімейного лікаря або, при необхідності, бригади швидкої медичної допомоги до місця перебування Страхувальника (Застрахованої особи);
- експрес діагностика;
- невідкладна допомога на догоспітальному етапі;
- медикаментозне забезпечення;
- транспортування, при необхідності, до спеціалізованого стаціонару для проведення подальшого лікування.

4. Розмір страхових платежів

4.1. Розмір страхового платежу залежить від кількості Застрахованих осіб в межах однієї сімейно-територіальної ділянки і визначається за тарифними ставками, наведеними в таблиці у % від страхової суми.

Кількість Застрахованих осіб	Страховий тариф %
1	5
2	4,8
3	4,6
4	4,4
5	4,2
більше 5-ти	4,0

4.2. В окремих випадках (в залежності від ступеня ризику, групи здоров'я Застрахованих осіб, та інших) передбачені коефіцієнти до базових страхових тарифів:

- підвищувальні від 1,1 до 3;
- знижувальні від 0,99 до 0,8.

4.3. Норматив витрат на ведення справи складає 30 %.

Актуарій



О. Поплавський

**Програма добровільного медичного страхування  
ІНОЗЕМЦІВ ТА ОСІБ БЕЗ ГРОМАДЯНСТВА, ЯКІ ТИМЧАСОВО  
ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**

**1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

Додаткові умови добровільного медичного страхування іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України" (далі - Додаткові умови) розроблені відповідно до Закону України "Про страхування" та Правил №08 Добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

Добровільне медичне страхування іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України здійснюється відповідно до чинного законодавства України та на підставі цих Додаткових умов та Договору добровільного медичного страхування іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України (далі - Договір страхування).

Застрахована особа - фізична особа (іноземець та/або особа без громадянства), на користь якої укладено Договір страхування.

1.5.1. Згідно з цими Додатковими умовами Застрахованими особами є іноземці та особи без громадянства, які тимчасово перебувають на території України.

1.5.2. Страхувальник-фізична особа, який уклав Договір страхування відносно себе є Застрахованою особою.

1.5.3. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Програма медичного страхування (далі - Програма страхування) - це погоджені між Страховиком та Страхувальником у Договорі страхування види, обсяги, порядок надання та фінансування медичної допомоги, що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку.

Асистуюча компанія - спеціалізований заклад з координації надання медичної допомоги Застрахованим особам, що діє від імені, за дорученням та за рахунок Страховика і здійснює організацію надання медичної допомоги Застрахованій особі при настанні страхового випадку. Асистуюча компанія має договори з Медичними закладами, в тому числі із державними та комунальними закладами охорони здоров'я, щодо обслуговування Договорів страхування в частині організації та фінансування медичної допомоги.

**2. ПЕРЕЛІК ОБ'ЄКТІВ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

**3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

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

Розмір страхової суми встановлюється за згодою між Страхувальником та Страховиком при укладанні Договору страхування.

У Договорі страхування можуть бути встановлені страхові суми (ліміти відповідальності Страховика) за окремими страховими випадками та/або за певними видами медичної допомоги, яка буде надаватися Застрахованій особі.

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

Розміри страхового платежу визначається на підставі базових страхових тарифів, наведених у Додатку № 7.1. до цих Додаткових умов. Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладанні Договору страхування за згодою сторін на підставі базових страхових тарифів, але з урахуванням рівня ризику та інших умов Договору страхування.

Страховий платіж сплачується одноразово або частинами відповідно до умов Договору страхування.

Страхувальник може сплачувати страховий платіж готівкою в касу Страховика або шляхом безготівкового розрахунку на поточний рахунок Страховика.

#### 4. СТРАХОВІ РИЗИКИ

Страховим ризиком є вірогідність розладу здоров'я Застрахованої особи під час дії Договору страхування, що призвів до необхідності надання Застрахованій особі медичної допомоги.

Страховим випадком є звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до Медичного закладу з приводу розладу здоров'я (гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи інших наслідків нещасного випадку, позаматкової вагітності, ускладнення фізіологічної вагітності) за отриманням екстреної медичної допомоги (медичних послуг) в обсязі, передбаченому Програмою страхування.

Договором страхування може бути передбачений конкретний перелік видів розладу здоров'я Застрахованої особи, на випадок настання яких здійснюється страхування (Додаток № 3.2).

#### 5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Якщо інше не передбачене Договором страхування, не вважається страховим випадком звернення Застрахованої особи за медичною допомогою в зв'язку з:

розладами здоров'я, які не вимагають надання екстреної медичної допомоги;  
розладами здоров'я, які не зазначені в Додатку № 3.2 до цих Додаткових умов;  
будь-яким плановим та/або підтримуючим та/або профілактичним лікуванням;  
проведенням профілактичних заходів та реабілітаційних заходів;  
венеричними захворюваннями, СНІДом;

необхідністю трансплантації органів та тканин за винятком трансплантації шкіри, що необхідна в зв'язку з нещасним випадком, який стався із Застрахованою особою протягом строку дії Договору страхування;

5.1.7. форс-мажорними обставинами (стихійними лихами, будь-якими військовими діями, страйками, заколотами, актами тероризму, внутрішніми заворушеннями, впливом радіоактивного випромінювання);

5.2. Страховик не оплачує (якщо інші умови не передбачені Договором страхування):

вартість допоміжних медичних виробів (окулярів, слухових апаратів, протезів, милиць, інвалідних колясок тощо) та вартість їх ремонту;

витрати на придбання лікарських засобів, медичних виробів без призначення лікаря та/або на отримання медичних послуг без направлення лікаря.

витрати на благодійні внески;

витрати на діагностику та/або лікування методами народної та нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія тощо);

моральні збитки та упущену вигоду.

5.3. Договором страхування може бути передбачений конкретний (розширений) перелік захворювань та

патологічних станів Застрахованої особи, що не визнаються страховими випадками. Такий перелік

визначається за згодою між Страховиком та Страхувальником при укладанні Договору страхування.

#### 6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

Дія Договору страхування, укладеного на підставі цих Додаткових умов, поширюється на територію України.

Строк дії Договору страхування визначається при його укладанні за згодою між Страхувальником та Страховиком.

#### 7. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

7.2. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інші умови набуття чинності не передбачені Договором страхування.

Договором страхування передбачається наступна Програма страхування:

7.4.1. Програма страхування „Екстрена медична допомога”. Згідно з умовами цієї Програми страхування Страховик гарантує організацію та оплату екстреної медичної допомоги до моменту, коли стан Застрахованої особи не загрожує її життю і Застрахована особа може

бути виписана із Медичного закладу або переведена для довготривалого амбулаторного або стаціонарного лікування. Перелік медичних послуг у складі Програми страхування:

Екстрена амбулаторно-поліклінічна допомога (консультації лікарів в амбулаторних умовах, лабораторні, інструментальні та інші види досліджень, консервативне та оперативне лікування, забезпечення медикаментами, оформлення медичної документації);

Екстрена стаціонарна допомога (екстрена госпіталізація; консультації лікарів; проведення необхідних досліджень, лабораторних тестів; консервативне лікування; оперативне лікування; забезпечення медикаментами та витратними матеріалами; оплата харчування; оформлення медичної документації);

Швидка медична допомога (виїзд бригади швидкої медичної допомоги; встановлення попереднього діагнозу; проведення невідкладних лікувально-діагностичних заходів на місці виклику, забезпечення медикаментами, при необхідності - транспортування та негайна госпіталізація).

Невідкладна стоматологічна допомога (консультації лікарів, діагностичні заходи, зняття гострого зубного болю, розкриття каналів, накладення тимчасової пломби, видалення зубів, лікування травматичних пошкоджень зубів і щелепи).

## 8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. укладати договори власного страхування та страхування третіх осіб;

8.1.2. ініціювати внесення змін до умов Договору страхування;

8.1.3. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Додаткових умов та чинним законодавством України;

8.1.4. оскаржувати рішення Страховика про відмову у страховій виплаті в порядку, встановленому чинним законодавством України.

8.2. Страхувальник зобов'язаний:

8.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;

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

8.2.3. ПОВІДОМИТИ Страховика про інші діючі договори особистого страхування стосовно Застрахованої особи;

8.2.4. повідомити про настання страхового випадку Асистуючу компанію або Страховика в строк, передбачений Договором страхування;

8.2.5. надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків при самостійній оплаті екстреної медичної допомоги.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. перевіряти надану Страхувальником інформацію стосовно об'єкту страхування;

8.3.2. надсилати запити до компетентних органів для з'ясування обставин настання страхового випадку;

8.3.3. на проведення незалежної медичної експертизи стану здоров'я Застрахованої особи;

8.3.4. відстрочити здійснення страхової виплати у випадку сумнівів щодо обставин страхового випадку;

8.3.5. відмовити у страховій виплаті відповідно до умов Договору страхування, цих Додаткових умов і чинного законодавства України;

8.3.6. внести зміни до умов Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 14 цих Додаткових умов;

8.3.7. достроково припинити дію Договору страхування у порядку, передбаченому розділом 15 цих Додаткових умов.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. ознайомити Страхувальника з цими Додатковими умовами;

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

в.3.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати Страхувальнику шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

8.4.4. тримати в таємниці відомості про Страхувальника та його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України.



8.5. Якщо Застрахованою особою є малолітня дитина, то її права та обов'язки, передбачені цими Додатковими умовами та Договором страхування, здійснюють її законні представники.  
8.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

#### 9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. В разі необхідності отримання медичної допомоги, Застрахована особа повинна звернутися до Асистуючої компанії у порядку, зазначеному у Договорі страхування. При цьому Застрахована особа повинна повідомити наступну інформацію: своє прізвище та ім'я, номер та серію Договору страхування, термін дії Договору страхування, своє місцезнаходження та контактний телефон, причину звернення (скарги, проблеми, що виникли зі здоров'ям) та дотримуватися подальших інструкцій співробітника Страховика та/або Асистуючої компанії.

9.2. У виключних ситуаціях, коли стан здоров'я Застрахованої особи загрожує її життю або у випадках, коли неможливо встановити зв'язок із Асистуючою компанією, Застрахована особа може самостійно звернутися за медичною допомогою до будь-якого Медичного закладу, який може надати таку допомогу. При цьому необхідно обов'язково інформувати лікаря Медичного закладу про наявність Договору страхування із Страховиком. В цьому випадку Застрахована особа самостійно оплачує вартість медичних послуг та медикаментів, необхідних для отримання медичної допомоги.  
9.3. В разі самостійного отримання медичної допомоги, Застрахована особа або її представник повинен повідомити про це Асистуючу компанію або Страховика негайно як тільки з'явиться така можливість, але не пізніше 48 годин з моменту отримання такої допомоги.

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

10.1. Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати вартості екстреної медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі, шляхом перерахування коштів Медичному закладу, який надавав екстрену медичну допомогу, за умови надання Страховику цим Медичним закладом копії Договору страхування, документа про оплату екстреної медичної допомоги або пред'явлення Страховику Асистуючою компанією рахунка щодо наданих послуг. Перелік інших документів, необхідних для здійснення страхової виплати визначається у договорі про співпрацю між Страховиком та Медичним закладом або Асистуючою компанією.

10.2. При самостійній оплаті Застрахованою особою вартості медичної допомоги, страхова виплата здійснюється безпосередньо Застрахованій особі на підставі:

10.2.1. письмової заяви;

10.2.2. оригіналу Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату);

10.2.3. виписки з історії хвороби або медичної карти амбулаторного (стаціонарного) лікування хворого із зазначенням переліку медичних послуг та медикаментів, завірену печаткою Медичного закладу та підписану відповідальною особою;

10.2.4. квитанцій медичного закладу про оплату медичних послуг;

10.2.5. фіскальних та товарних чеків з аптек про придбані медикаменти (із зазначенням назви медикаментів та їх вартості);

10.2.6. документу, що посвідчує особу одержувача страхової виплати.

#### 11. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

11.1. Страховик здійснює страхові виплати шляхом оплати вартості екстреної медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при умові настання страхового випадку та в обсязі Програми страхування.  
11.2. страхова виплата здійснюється Страховиком:

шляхом оплати рахунків Медичних закладів за вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги. Сума страхової виплати перераховується Медичному закладу, який надавав Застрахованій особі медичні послуги.

безпосередньо Застрахованій особі у випадку, якщо Застрахована особа самостійно оплатила вартість екстреної медичної допомоги. Для отримання страхової виплати Застрахована особа повинна надати Страховику документи, зазначені в п.10.2. цих Додаткових умов.

11.3. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховим випадком, що сталися із Застрахованою особою в період дії Договору страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену для цієї Застрахованої особи у Договорі страхування.

11.4.Вартість екстреної медичної допомоги, наданої Застрахованій особі, визначається Медичним закладом, що її надав, у межах вартості лікування, встановленої відповідно до Порядку, затвердженого МОЗ України.

11.5.У разі відсутності Договору страхування (страхового сертифікату, поліса), передбаченого даними Додатковими умовами, а також неможливості документально підтвердити право на одержання безоплатної медичної допомоги в Україні, оплата вартості наданої в Україні медичної допомоги здійснюється іноземцем або особою без громадянства безпосередньо медичному закладу, який надав таку допомогу. 1

## 12. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1.Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком

протягом 10 (десяти) днів з дня отримання всіх документів, що підтверджують факт настання події, що

має ознаки страхового випадку та розмір збитків.

12.2.Здійснення страхової виплати проводиться протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати.

12.3.У випадку прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик письмово повідомляє про це Страхувальника (Застраховану особу) протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення з обґрунтуванням причин відмови.

## 13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1.Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

13.1.1.навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ним 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 цих дій встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

13.1.2.ВЧИНЕННЯ Страхувальником-громадянином або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.1.3.подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

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

13.1.5.отримання Застрахованою особою медичних послуг, які не передбачені Договором страхування,

13.1.6.інші випадки, передбачені законодавством України.

## 14. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН У ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ

14.1.Зміна умов Договору страхування здійснюється за згодою Страхувальника та Страховика на підставі заяви однієї із сторін протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту одержання заяви другою

стороною та оформлюється Додатковою угодою до Договору страхування, яка стає його невід'ємною частиною.

14.2.Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за два тижні до запропонованого терміну внесення змін.

14.3.Якщо будь-яка зі сторін не згодна із внесенням змін у Договір страхування, протягом 5 (п'яти) робочих днів вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

14.4.З моменту отримання Заяви однією стороною до моменту прийняття рішення про зміну умов Договору страхування продовжує діяти на попередніх умовах.

## 15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1.Дія Договору страхування припиняється за згодою сторін, а також у разі:

15.1.1.закінчення строку дії або виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.1.2.несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування 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 страхування;

15.1.3. ліквідації Страхувальника-юридичної особи або смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством.

15.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.5. прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

15.1.6. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

15.2.1. Про намір достроково припинити Дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

15.2.2. 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, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.2.3. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим Договором страхування.

15.2.4. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхова премія була внесена в банківській формі за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

### ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

15.2. Якщо сторони під час переговорів по суперечливим питанням не досягли згоди, то подальше вирішення спорів здійснюється в порядку, встановленому чинним законодавством України.

### ОСОБЛИВІ УМОВИ

Додаткові умови визначають загальні умови здійснення добровільного медичного страхування іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути включені інші додаткові умови, що не суперечать цим Додатковим умовам та чинному законодавству України.

Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування та можуть бути змінені (виключені або доповнені) за згодою сторін до настання страхового випадку, за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

уарій



О. Поплавський

Додаток №7.1  
до Додаткових умов  
добровільного медичного страхування  
іноземців та осіб без громадянства,  
які тимчасово перебувають на території України

Розміри страхових тарифів по добровільному медичному страхуванню іноземців та осіб без громадянства, які тимчасово перебувають на території України  
Базовий річний страховий тариф складає 1,5% від розміру страхової суми.

В залежності від строку дії договору страхування до страхового тарифу застосовуються коефіцієнти короткостроковості:

Строк страхування	Коефіцієнт короткостроковості
15 днів	0,06
1 місяць	0,12
2 місяці	0,24
3 місяці	0,36
4 місяці	0,44
5 місяців	0,52
6 місяців	0,60
7 місяців	0,67
8 місяців	0,74
9 місяців	0,80
10 місяців	0,87
11 місяців	0,94
12 місяців	1,00

На кожному конкретному випадку при встановленні страхових тарифів залежно від ступеня ризику, умов страхування, віку, професії, кількості застрахованих осіб, розміру страхової суми, строку страхування, інших істотних факторів, визначених у договорі страхування, можуть застосовуватись змінюючі коефіцієнти від 0,2 до 7,0 відповідно до впливу вищезазначених факторів на ступінь ризику. Відсоток витрат на ведення справи становить 40%.

Актуарій

О. Поплавський

ЗУЮ"

тіння  
ичне  
ання"

йчин

3 року

Додаток № 7.2.  
до Додаткових умов  
добровільного медичного страхування  
іноземців та осіб без громадянства,  
які тимчасово перебувають на території України

### Перелік

#### видів захворювань і станів, що потребують екстреної медичної допомоги

1. Інфекційні та паразитарні хвороби:  
Харчові отруєння.  
Дифтерія.  
Менінгококова інфекція.  
Вірусний гепатит (крім хронічної форми).  
Лептоспіроз.  
Острі шлунково-кишкові інфекційні захворювання.  
Хвороби ендокринної системи:  
Діабет (кома тозний стан).  
Хвороби щитовидної залози (мікседематозна кома та тиреотоксичний криз).  
Перипаратіреоз (судомний синдром).  
Хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність).  
Хвороби нервової системи та органів відчуття:  
Острі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Гіпоталамічний криз.  
Острі запальні процеси та травми ока.  
Острі запальні процеси та травми вуха, горла, носа.  
Хвороби системи кровообігу:  
Гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Гіпертонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Острий інфаркт міокарду.  
Ішемічна хвороба міокардія (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Тривале порушення серцевого ритму.  
Тривале порушення серцевої недостатності.  
Ішемічний інфаркт легенів.  
Тривале порушення мозкового кровообігу.  
Хвороби органів дихання:  
Порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.  
Острі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Тривале порушення астми (приступ).  
Хвороби та ураження органів травлення:  
Тривале порушення шлунку та кишківника.  
Острий апендицит.  
Тривале порушення грижа.  
Тривале порушення кишківника.  
Острий холецистит.  
Острий панкреатит.  
Тривале порушення шлунково-кишкові кровотечі.  
Тривале порушення мезентеріальних судин.  
Тривале порушення черевної порожнини.  
Хвороби сечостатевої системи:  
Острі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної допомоги).  
Тривале порушення ниркової недостатності.  
Тривале порушення сечі.  
Гостра акушерсько-гінекологічна патологія:

Гостре запалення органів жіночої статеві сфери (стан, що потребує екстреної допомоги).

Кровотечі із статевих шляхів.

8.3. Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.

9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:

9.1. Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів тощо (стан, що потребує екстреної допомоги).

10. Симптоми, ознаки та неточно зазначені стани:

Кома.

Ступор.

Судоми.

Шок (будь-якої етіології).

Асфіксія.

Кровотечі.

11. Травми та отруєння різної етіології:

Переломи кісток черепа.

Переломи хребта та кісток тулуба.

Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки.

Ураження суглобів та м'язів.

Внутрічерепні травми.

Травми внутрішніх органів.

Ураження голови, шиї і тулуба.

Ураження верхньої та нижньої кінцівки.

Ураження кровоносних судин, що загрожують життю.

Опіки.

Відмороження.

Теплові та сонячні удари, що потребують госпіталізації.

Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного).

12. Гострі стоматологічні захворювання

Гострий зубний біль.

Травматичні ушкодження зубів та щелепи.

ІЖУЮ"

вління  
стичне  
зання"

іойчин

16 року

Актуарій



О. Поплавський

Державна комісія з регулювання ринків  
 фінансових послуг України

**ЗАРЕЄСТРС АНО**

Дієр. Департамент страх. компаній

Найменування: *Доремо ЗО Орендів*

Підпис: *[Signature]*

Прізвище, ініціали: *[Signature]*

Дата: *19.10.16*

Реєстраційний номер: *0362500*

