

«Затверджую»
Генеральний директор
ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ»

_____ / *Супрун Є.В./*
18.04.2014 року

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ
(НОВА РЕДАКЦІЯ)**

м. Київ, 2014 р.

ЗМІСТ

Терміни

1. Загальні положення.
 2. Предмет договору страхування і страхові ризики.
 3. Виключення зі страхових випадків і обмеження страхування.
 4. Порядок визначення розмірів страхових сум. Страхові платежі. Страхові тарифи. Франшиза.
 5. Порядок укладення договору страхування. Строк та місце дії договору страхування. Умови припинення договору страхування.
 6. Права та обов'язки сторін.
 7. Дії страхувальника у разі настання страхового випадку. Порядок і умови здійснення страхових виплат. Порядок визначення розмірів страхових виплат. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків. Строк прийняття рішення про здійснення або відмову в здійсненні страхових виплат. Причини відмови у страховій виплаті.
 8. Відповідальність сторін.
 9. Форс-мажор.
 10. Порядок вирішення спорів.
 11. Персональні дані.
 12. Особливі умови. Заключні положення.
- Додаток № 1 до Правил добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

ТЕРМІНИ

Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити Страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати Страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

Інвалідність - соціальна недостатність внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що приводить до обмеження життєдіяльності й необхідності соціального захисту.

Хвороба – будь-яке порушення стану здоров'я, не викликане нещасним випадком, уперше діагностовано на підставі об'єктивних симптомів після вступу Договору страхування в силу.

Нещасний випадок - раптова короткочасна зовнішня подія, що не є наслідком захворювання або лікарських маніпуляцій, що потягла за собою тілесне ушкодження або інше порушення внутрішніх і зовнішніх функцій організму, або смерть, якщо така подія відбулася в період дії Договору страхування незалежно від волі Застрахованої особи і/або Вигодонабувача.

Страховик - ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ».

Страхувальник - юридична особа або дієздатна фізична особа, що уклала із Страховиком Договір страхування.

Застрахована особа - фізична особа, відносно життя, здоров'я й працездатності якої укладений Договір страхування.

Вигодонабувач - особа, зазначена в Договорі страхування, на користь якої укладений Договір страхування.

Страхова подія – смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, постійна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи у зв'язку з госпіталізацією (у тому числі у зв'язку з хірургічним втручанням) в результаті хвороби, що відбулася в період дії Договору страхування.

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

Страхова сума - грошова сума, у межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні Страхового випадку.

Страхова премія - плата за страхування, що Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику, у порядку й у строки, визначені Договором страхування.

Франшиза – частина збитків, що згідно з Договором страхування, не відшкодовується Страховиком.

Період безперервного страхування – період часу в продовж якого, Страховик, укладаючи Договори страхування, здійснював безперервне страхування Застрахованої особи. Дата початку першого Періоду безперервного страхування співпадає з датою укладення першого договору страхування по відношенню до відповідної Застрахованої особи. Період страхування за послідовно укладеними Договорами страхування, за якими було застраховано Застраховану особу, визнається безперервним, якщо період часу між датою закінчення Строку страхування за попереднім Договором страхування, по якому було застраховано Застраховану особу, та датою початку Строку страхування за наступним за часом Договором страхування, за яким було застраховано Застраховану особу, не перевищував 3 місяці. У випадку, якщо вказаний проміжок часу складав більше ніж 3 місяці, то дата початку Строку страхування за наступним Договором страхування, укладеному по відношенню до Застрахованої особи, визнається датою початку нового Періоду безперервного страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі Закону України "Про страхування" і цих Правил ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ» (далі – Страховик) укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – Договір страхування). Ці Правила розроблені відповідно до Закону України «Про страхування».

1.2. Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, що уклала зі Страховиком Договір страхування.

1.3. Застрахована особа – фізична особа, про страхування здоров'я на випадок хвороби якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав й обов'язків Страхувальника відповідно до Договору страхування.

Якщо Страхувальник уклав Договір страхування щодо себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

1.4. Страхуванням за цими Правилами страхування не покриваються ризики осіб, які на момент укладання Договору страхування є особами:

- молодше 2 років, особами старше 70 років;

- що на дату початку Періоду безперервного страхування є інвалідами 1-ї, 2-ї та 3-ої групи, категорії «дитина-інвалід» або мають підстави для присвоєння їм цих груп інвалідності, недієздатними особами, особами, що страждають на психічні захворювання, епілепсії, розсіяний склероз, що перенесли інсульт (гостре порушення мозкового кровообігу), інфаркт міокарда або мозку, гіпертонією третьої стадії або кризового перебігу, а також що страждають серцевою недостатністю третьої стадії, цирозом печінки, термінальною нирковою недостатністю, гепатитом С, злоякісними захворюваннями крові, онкологічними захворюваннями, хворими на СНІД або є ВІЛ інфікованими. У випадку, якщо подібна особа буде зазначена в Договорі страхування як Застрахована особа, події, що відбулися з нею, Страховими випадками вважатися не будуть незалежно від причини, по якій Страхувальник вказав дану особу в Договорі, при цьому Договір вважається розірваним з дати, коли такі обставини стали відомі Страховикові, за згодою сторін, а Страхова премія, сплачена за Договором, підлягає поверненню, якщо це передбачено Договором..

1.5. Вигодонабувач – фізична або юридична особа, передбачена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладанні Договору страхування для одержання страхової виплати у випадку смерті, втрати працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби.

Якщо Вигодонабувач не був призначений або помер, то страхова виплата у випадку смерті Застрахованої особи в результаті хвороби виплачується спадкоємцеві (-ям) Застрахованої особи за законом або за заповітом.

1.6. Ці Правила регулюють загальні умови страхування. Конкретні умови страхування визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін і повинні відповідати цим Правилам і не суперечити чинному законодавству України.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ І СТРАХОВІ РИЗИКИ

2.1. Предметом договору страхування згідно з цими Правилами є майнові інтереси, які не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи.

2.2. Страховий ризик – певна подія, на випадок настання якої проводяться страхування і яка має ознаки ймовірності і випадковості настання.

Згідно із цими Правилами страхування страховими ризиками є: смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, постійна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи у зв'язку з госпіталізацією (у тому числі у зв'язку з хірургічним втручанням) в результаті хвороби, що відбулися в період дії Договору страхування.

2.3. Страховий випадок – Страхова подія, що відбулася, передбачена Договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити Страхову виплату Страхувальникові, Застрахованій особі або Вигодонабувачеві.

2.4. Страхувими випадками згідно з цими Правилами є наступні події, що відбулися в період дії Договору страхування й підтвержені документами, виданими компетентними органами у встановленому законодавством порядку (медичними установами і т.п.):

2.4.1. Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, що відбулася в період дії Договору страхування, за винятком випадків, передбачених у розділі 3 цих Правил (далі – «Смерть Застрахованої особи»). Смерть Застрахованої особи визнається Страхувим випадком тільки при відсутності події, зазначеної в п. 2.4.2 цих Правил.

2.4.2. Постійна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, що відбулася в період дії Договору страхування, за винятком випадків, передбачених у розділі 3 цих Правил (далі – «Постійна втрата працездатності Застрахованої особи»).

Під Постійною втратою працездатності розуміється нездатність Застрахованої особи до будь-якої оплачуваної праці. При цьому, відповідно до цих Правил, Страховик здійснює Страхуву виплату тільки у випадку, якщо Постійна втрата працездатності кваліфікується по стандартах Медико-соціальної експертної комісії (далі – «МСЕК») як 1-а (перша) або 2-а (друга) групи інвалідності.

При цьому інвалідність 1-ої (першої) або 2-ої (другої) групи вважається встановленою вперше та відповідає визначенню «Постійна втрата працездатності Застрахованої особи» у тому випадку, якщо в довідці МСЕК прямо вказано на факт встановлення інвалідності 1-ої (першої) або 2-ої (другої) групи вперше, або в довідці МСЕК вказано на факт встановлення інвалідності 1-ої (першої) або 2-ої (другої) групи повторно, при цьому Застрахованій особі раніше, в продовж Періоду безперервного страхування була встановлена інвалідність 3-ої (третьої) групи. У всіх інших випадках, за умови, що у довідці МСЕК вказано на факт встановлення інвалідності повторно, інвалідність 1-ої (першої) або 2-ої (другої) групи вважається встановленою повторно та не відповідає визначенню «Постійна втрата працездатності Застрахованою особою».

2.4.3. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби, що відбулася в період дії Договору страхування, за винятком випадків, передбачених у розділі 3 цих Правил (далі – «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи»).

2.4.4. Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи у зв'язку з госпіталізацією (у тому числі у зв'язку з хірургічним втручанням) в результаті хвороби, що відбулася в період дії Договору страхування, за винятком випадків, передбачених у розділі 3 цих Правил (далі – «Госпіталізація Застрахованої особи»).

2.4.5. Встановлення Застрахованій особі категорії «дитина-інвалід», що стало наслідком захворювання, що відбулося в період дії Договору страхування, за винятком випадків, передбачених у розділі 3 цих Правил (далі – «Інвалідність дитини»).

При цьому, відповідно до цих Правил, Страховик здійснює Страхуву виплату тільки у випадку, якщо категорія «дитина-інвалід» кваліфікується по стандартах МСЕК як інвалідність з дитинства.

Інвалідність Застрахованої особи в результаті захворювання визнається Страхувим випадком, якщо рішення МСЕК про присвоєння відповідної групи інвалідності прийнято протягом року з моменту захворювання, що відбулося в період дії Договору страхування, і якщо буде доведено, що інвалідність є прямим наслідком цього захворювання. Страховик вправі перевірити, у рамках прав, установлених розділами 6 і 7 цих Правил, чи має місце відповідна група інвалідності. Датою Страхувого випадку вважається дата першого діагностування захворювання наслідком якого було встановлення відповідної категорії інвалідності.

2.5. Договір страхування може укладатися з наданням страхового захисту по будь-якому набору ризиків, передбачених п. 2.4 цих Правил.

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Страхуві події, зазначені в п. 2.4 цих Правил, не є Страхувими випадками, якщо вони відбулися в результаті:

3.1.1. Навмисних дій Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача;

3.1.2. Самогубства або спроби самогубства Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застрахована особа був доведений до самогубства злочинними діями третіх осіб;

- 3.1.3. Війни, інтервенції, воєнних дій іноземних військ, збройних зіткнень, інших аналогічних або прирівнюваних до них подій (незалежно від того, чи була оголошена війна), громадянської війни, заколоту, путчу, інших цивільних хвилювань, що припускають переростання в цивільне або військове повстання, бунту, збройного або іншого незаконного захоплення влади, а також будь-якої іншої аналогічної події, пов'язаної із застосуванням і/або зберіганням зброї й боєприпасів;
- 3.1.4. Алкогольного отруєння Застрахованої особи, або токсичного чи наркотичного сп'яніння і/або отруєння Застрахованої особи у результаті споживання ним наркотичних, сильнодіючих, психотропних речовин і/або лікарських засобів без припису лікаря відповідної кваліфікації;
- 3.1.5. Добровільного вживання алкоголю, будь-яких замінників алкоголю, наркотичних, психотропних і токсичних речовин і дій Застрахованої особи, пов'язаних із цими факторами, за винятком вживання лікарських засобів у точній відповідності із приписами лікаря відповідної кваліфікації;
- 3.1.6. Будь-яких інших дій Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача за Договором страхування, спрямованих на настання Страхового випадку;
- 3.1.7. Заняття Застрахованою особою будь-яким видом спорту на професійній основі, включаючи змагання, тренування, а також заняття наступними видами спорту на аматорській основі: авто -, мотоспорт, будь-які види кінного спорту, повітряні види спорту, альпінізм, скелелазіння, бойові види спорту, включаючи єдиноборства, стрільбу, бокс, будь-які види вітрильного спорту і/або водного спорту, гірськолижний спорт, спелеологія, перегони в будь-яких формах (крім бігу), підводні види спорту;
- 3.1.8. Учасності Застрахованої особи в будь-яких авіаційних перельотах (за винятком польотів як пасажир авіарейсу, ліцензованого для перевезення пасажирів і керованого пілотом, що має відповідний сертифікат);
- 3.1.9. Здійснення або спроби здійснення навмисного злочину Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем, або іншою особою, що прямо чи побічно зацікавлена в одержанні Страхової виплати за Договором страхування;
- 3.1.10. Будь-яких ушкоджень здоров'я Застрахованої особи, викликаних радіаційним випромінюванням або в результаті використання ядерної енергії;
- 3.1.11. Керування Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом без права на керування, або в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, або передачі Застрахованою особою керування особі, що не мала права на керування транспортним засобом, або особі, що перебувала в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння;
- 3.1.12. Захворювання Застрахованої особи на СНІД або ВІЛ-інфекцію;
- 3.1.13. Причин, прямо або побічно викликаних психічним захворюванням Застрахованої особи, паралічів, епілептичних випадків, якщо вони не стали наслідком нещасного випадку;
- 3.1.14. Несення Застрахованою особою дійсної служби в будь-яких збройних силах будь-якої держави або особистої участі у військових маневрах, навчаннях, випробуваннях військової техніки або інших подібних операціях як військовослужбовця, або цивільного службовця;
- 3.1.15. Косметичних операцій, що перенесла Застрахована особа, якщо вони здійснювалися за показниками іншими, ніж життєво необхідні;
- 3.1.16. Захворювань Застрахованої особи (у тому числі хронічних захворювань), про які Страхувальник, Застрахована особа або Вигодонабувач були обізнані, і з приводу яких Застрахована особа лікувалася або одержувала лікарські консультації протягом 12 місяців, що передують даті початку Періоду безперервного страхування за Договорами страхування, що укладаються Страховиком по відношенню цієї Застрахованої особи. Вказане виключення застосовується також, якщо захворювання вказано у медичних документах як одна з основних причин погіршення стану здоров'я Застрахованої особи;
- 3.1.17. Погіршення стану здоров'я, викликаного процесом лікування Застрахованої особи або хірургічним втручанням на/у тілі Застрахованої особи. Однак Страховик здійснює страхову виплату при настанні страхового випадку, якщо подібне лікування або хірургічне втручання, включаючи постановку діагнозу й рентгенотерапію, потрібні були в результаті настання страхового випадку, що передбаченого цими Правилами;

3.1.18. Потрапляння в організм Застрахованої особи інфекцій, викликаних укусами (жаленням) комах. Проте, страхування поширюється на випадок інфекції, що проникла в організм через рани або інші тілесні ушкодження, отримані в результаті страхового випадку, що передбаченого цими Правилами. Відносно інфекцій, викликаних процесом лікування або хірургічним втручанням застосовується п. 3.1.17 Правил.

3.2. Не є Страховими випадками події, зазначені в п. 2.4 цих Правил, що відбулися із Застрахованими особами, які на момент початку Періоду безперервного страхування є особами молодше 2 років, особами старше 70 років, інвалідами 1-ї, 2-ї та 3-ої групи, категорії «дитина-інвалід» або мають підстави для присвоєння їм цих груп інвалідності, недієздатними особами, особами, що страждають на психічні захворювання, епілепсії, розсіяний склероз, що перенесли інсульт (гостре порушення мозкового кровообігу), інфаркт міокарда або мозку, гіпертонією третьої стадії або кризового перебігу, а також що страждають серцевою недостатністю третьої стадії, цирозом печінки, термінальною нирковою недостатністю, гепатитом С, злоякісними захворюваннями крові, онкологічними захворюваннями, хворими на СНІД або є ВІЛ інфікованими.

3.3. Страхові події, зазначені у п.п. 2.4.2 - 2.4.4 цих Правил страхування, не є страховими випадками, якщо вони відбулися в результаті розвитку наступних хронічних захворювань Застрахованої особи, або їх ускладнень: остеохондроз, артрит, артроз, грижа або протрузія міжхребетного диска, корінцевий синдром, радикулопатія, коксартроз, остеоартроз, люмбалгія, люмбоішіалгія, периартроз, спондилез, спондилоартроз, подагра, анкілозуючий спондиліт, цукровий діабет, цироз печінки, гепатит, гепатоз, хронічна або термінальна ниркова недостатність, бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), туберкульоз легенів, тромбофлебіт, гіпертонічна хвороба або ішемічна хвороба серця, склероз будь-якої локалізації, інвалідність по зору в результаті відшарування (нетравматичного характеру) або ангіопатія сітківки, глаукоми, катаракти. Зазначене виключення застосовне також, якщо захворювання зазначене в медичних документах як одна з основних причин встановленої Застрахованій особі інвалідності.

3.4. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству.

4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ. СТРАХОВІ ПЛАТЕЖІ. СТРАХОВІ ТАРИФИ. ФРАНШИЗА.

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

4.2. Страхова сума в Договорі страхування встановлюється за згодою Страхувальника й Страховика. Страхова сума встановлюється окремо по кожному Страховому випадку, передбаченому п. 2.4 цих Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.3. Страховий платіж (страховий внесок, Страхова премія) - плата за страхування, що Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до Договору страхування.

4.4. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу, що наведений у Додатку № 1 до цих Правил.

4.5. Порядок сплати страхової премії вказується в Договорі страхування. Страхова премія за Договором страхування сплачується на рахунок Страховика у строк, визначений Договором страхування.

4.6. Розмір Франшизи визначається сторонами при укладенні Договору страхування.

5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

5.1. Для укладення Договору страхування, Страхувальник подає Страховикові письмову заяву. за формою, встановленою Страховиком, або іншим способом заявляє про свій намір укласти Договір

- страхування При укладенні Договору страхування Страховик має право запросити в Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки Страховиком страхового ризику.
- 5.2. Договір страхування укладається в письмовій формі шляхом складання однойменного документу з урахуванням вимог чинного законодавства України.
- 5.3. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін Договором страхування.
- 5.4. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.
- 5.5. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:
- 1) закінчення строку дії;
 - 2) виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі;
 - 3) несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору;
 - 4) ліквідації страхувальника - юридичної особи або смерті страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;
 - 5) ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України;
 - 6) прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним;
 - 7) в інших випадках, передбачених законодавством України.
- 5.6. При достроковому розірванні Договору страхування з ініціативи Страхувальника, Страховик і Страхувальник можуть укласти додаткову угоду до Договору страхування про його дострокове розірвання з моменту укладення такої угоди або з іншої дати, зазначеної в цій угоді. 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 не передбачене ним.
- 5.7. У випадку дострокового припинення дії Договору страхування на вимогу Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, які були здійснені за цим Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальникові сплачені ним страхові платежі повністю.
- 5.8. При достроковому припиненні дії Договору страхування на вимогу Страховика Страхувальникові повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальникові 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, які були здійснені за цим Договором страхування.
- 5.9. Всі зміни і доповнення до Договору страхування здійснюються в письмовій формі і підписуються Страхувальником і Страховиком.
- 5.10. Місце дії Договору страхування – територія держав світу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

- 6.1.1. перевіряти дотримання Страховиком умов Договору страхування;
- 6.1.2. у випадку настання страхового випадку (якщо Страхувальник є Застрахованою особою) на одержання страхової виплати з урахуванням конкретних умов Договору страхування;
- 6.1.3. укладати Договори страхування щодо себе або третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їхньою згодою, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до Договору страхування.

6.1.4. на дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов цих Правил.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

- 1) своєчасно вносити страхові платежі;
- 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;
- 3) при укладенні договору страхування повідомити страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;
- 4) повідомити страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

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

6.3. Страховик має право:

- 6.3.1. перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) інформацію, а також виконання ним умов Договору страхування;
- 6.3.2. робити запит про дані, пов'язані із Страховим випадком до правоохоронних органів, медичних та інших компетентних установ, які можуть володіти інформацією про характер, причини та обставини Страхового випадку;
- 6.3.3. з'ясувати причини і обставини Страхового випадку, перевіряти надані Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) документи. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до зазначеної Страховиком медичної установи або лікаря;
- 6.3.4. відмовити в Страховій виплаті відповідно до умов цих Правил;
- 6.3.5. у випадку появи сумнівів щодо визнання події Страховим випадком направити запити до компетентних органів (включаючи судові інстанції) і відкласти ухвалення рішення про виплату (або відмову у виплаті) або здійснення Страхової виплати до одержання необхідних документів від цих компетентних органів, повідомивши про це Страхувальникові, Застрахованій особі, Вигодонабувачеві в письмовій формі;
- 6.3.6. у випадку, якщо з'ясується, що дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, які призвели до настання Страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування і повернення фактично здійснених Страхових виплат, до яких призвели ці дії;
- 6.3.7. брати участь у якості третьої особи в суді при розгляді будь-якої справи, пов'язаної зі Страховим випадком.

6.4. Страховик зобов'язаний:

- 6.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами Договору страхування та Правилами страхування;
- 6.4.2. скласти страховий акт протягом 30 календарних днів після одержання документів, зазначених у розділі 7 Правил страхування, документів, або офіційних відмов уповноважених державних органів у наданні Страховикові документів, зазначених у розділі 7 Правил страхування;
- 6.4.3. здійснити Страхову виплату протягом 10 (десяти) робочих днів після ухвалення позитивного рішення про Страхову виплату і складання страхового акту (п. 6.4.2.);
- 6.4.4. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику (Вигодонабувачеві);
- 6.4.5. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику (Вигодонабувачеві) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування;
- 6.4.6. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним договір страхування.

7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ

СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

7.1. При настанні Страхового випадку й при виконанні Страхувальником і/або Вигодонабувачем обов'язків, зазначених у пп. 7.6 і 7.7 цих Правил, Страховик здійснює Страхову виплату відповідно до умов Договору страхування.

7.2. При настанні Страхового випадку «Смерть Застрахованої особи» страхова виплата виплачується одноразово в розмірі 100% страхової суми.

7.3. При настанні Страхового випадку «Постійна втрата працездатності Застрахованої особи» або «Інвалідність дитини» страхова виплата виплачується одноразово в розмірі 100% страхової суми.

7.4. При настанні Страхового випадку «Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи» страхова виплата здійснюється в розмірі, встановленому в Договорі страхування (від 0,1 до 1% від Страхової суми), за кожний день непрацездатності, починаючи з 1-го або іншого, зазначеного в Договорі страхування, дня непрацездатності. Договором страхування може бути встановлена максимальна кількість днів оплати по тимчасовій втраті працездатності у зв'язку з одним Страховим випадком.

7.5. При настанні Страхового випадку «Госпіталізація Застрахованої особи» страхова виплата здійснюється в розмірі, встановленому в Договорі страхування, за кожний день знаходження на стаціонарному лікуванні, починаючи з 1-го або іншого, зазначеного в Договорі страхування, дня. Договором страхування може бути встановлена максимальна кількість днів знаходження на стаціонарному лікуванні, за яке провадиться Страхова виплата, у зв'язку з одним Страховим випадком.

7.6. Страхувальник або Вигодонабувач зобов'язаний повідомити Страховика про настання Страхової події способом, що передбачений у Договорі страхування у строк, що не перевищує 30 (тридцяти) календарних днів з моменту, коли Страхувальнику або Вигодонабувачу стало відомо про настання Страхової події, якщо інше не передбачене договором страхування.

7.7. Протягом 30 (тридцяти) календарних днів з моменту повідомлення Страховика про настання Страхової події Страхувальником або Вигодонабувачем, Страхувальник або Вигодонабувач для одержання страхової виплати повинні надати Страховику документи, передбачені п.п. 7.7.1 – 7.7.4 Правил, якщо інше не передбачене договором страхування.

7.7.1. У випадку Смерті Застрахованої особи:

- а) копію Договору страхування,
- б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява про виплату),
- в) копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи, видане органом РАЦС або іншим уповноваженим на те державним органом,
- г) оригінал або копію офіційного медичного висновку про смерть (або посмертний епікриз), виданого медичною установою, де була зареєстрована смерть, або інший документ, що встановлює причину і обставини смерті, виданий медичною установою, органом РАЦС (довідка про смерть) або іншим уповноваженим державним органом,
- д) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на МСЕК.

7.7.2. У випадку встановлення Постійної втрати працездатності Застрахованої особи:

- а) копію Договору страхування,
- б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява про виплату),
- в) оригінал або копія висновку МСЕК про присвоєння Застрахованій особі 1-ї (першої) або 2-ї (другої) групи інвалідності,
- г) оригінал або копію документу, що встановлює причину інвалідності (встановлює точну назву захворювання), якщо причина інвалідності у висновку МСЕК зазначене "загальне захворювання",

або застосоване інше формулювання причини інвалідності, що не дозволяє належним чином встановити причину інвалідності,

д) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на МСЕК.

7.7.3. У випадку Тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи:

а) копію Договору страхування,

б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява про виплату),

в) копія лікарняного листа,

г) оригінал або копія довідки медичних установ України із зазначенням поставленого діагнозу,

д) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на МСЕК.

7.7.4. У випадку Госпіталізації Застрахованої особи:

а) копію Договору страхування,

б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява про виплату),

в) оригінал або копія виписного епікризу медичної установи із зазначенням поставленого діагнозу і строків перебування на стаціонарному лікуванні,

г) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на МСЕК.

7.7.5. У випадку встановлення Інвалідності дитини (категорія «дитина-інвалід» Застрахованій особі:

а) копію Договору страхування,

б) заяву встановленого Страховиком зразка з вимогою про Страхову виплату (заява про виплату),

в) оригінал або копію висновку МСЕК про присвоєння Застрахованій особі вперше категорії «дитина-інвалід»,

г) оригінал або копію документу, що встановлює причину інвалідності (встановлює точну назву захворювання), якщо причина інвалідності у висновку МСЕК зазначене "загальне захворювання", або застосоване інше формулювання причини інвалідності, що не дозволяє належним чином встановити причину інвалідності,

д) виписку з амбулаторної карти за місцем проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізації і їхніх причин, встановлених груп інвалідності або направлення на МСЕК.

7.7.6. Страховик має право запросити в Страхувальника і/або Вигодонабувача документи, зазначені в п.п. 7.7.1 – 7.7.5 Правил, та передбачені договором страхування, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність у Страховика запитуваних документів унеможливило встановлення факту Страхового випадку.

7.8. Страховик залишає за собою право у встановленому законом порядку запросити в уповноважених державних органах наступні документи, необхідні для розгляду Страхової події і визнання її Страховим випадком:

а) свідоцтво про народження Застрахованої особи – на запит Страховика в тому випадку, якщо потрібне додаткове посвідчення особистості,

б) виписку з історії хвороби – на запит Страховика в тому випадку, якщо потрібна інформація про стан здоров'я Застрахованої особи. Страхувальник, підписуючи Договір страхування, дає свою згоду на одержання Страховиком відомостей про стан його здоров'я,

в) інші документи, перелік яких передбачений договором страхування.

7.9. Страховик зобов'язаний, при надходженні письмової заяви від Страхувальника або Вигодонабувача, на Страхову виплату в строк не більше 30 (тридцяти) робочих днів від дня

одержання всіх документів, які підтверджують факт настання Страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 7 цих Правил), ухвалити рішення щодо виплати або відмови в Страховій виплаті й письмово повідомити про своє рішення Вигодонабувачеві або Страхувальникові, якщо Вигодонабувач не визначений Договором страхування у строк 10 (десять) робочих днів.

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

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

7.10.2. вчинення Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

7.10.3 подання Страхувальником або Вигодонабувачем свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку;

7.10.4. отримання Страхувальником або Вигодонабувачем повного відшкодування збитків за майновим страхуванням від особи, винної у їх заподіянні;

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

7.10.6. інші випадки, передбачені законом.

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

7.11. Страховик має право відстрочити Страхову виплату у випадку, якщо органами внутрішніх справ порушено кримінальне провадження (та/або повідомлено про підозру) відносно Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача відносно обставин, що призвели до настання Страхового випадку - до закінчення розслідування й/або судового розгляду.

8. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

8.1. Невиконання Страхувальником, Застрахованою особою або Вигодонабувачем своїх обов'язків, передбачених Правилами страхування і/або Договором страхування, є підставою для відмови в Страховій виплаті.

8.2. При порушенні Страховиком строків Страхової виплати відповідно до п. 6.4.3. Правил страхування, він сплачує Вигодонабувачеві неустойку у вигляді пені в розмірі 0.01% (нуля цілих і однієї сотої відсотка) від розміру Страхової виплати за кожний день прострочення, якщо інше не передбачене договором страхування.

9. ФОРС-МАЖОР

9.1. При настанні обставин непереборної сили (форс-мажор) Страховик вправі призупинити виконання зобов'язань за Договором страхування на час дії таких обставин.

9.2. Під обставинами непереборної сили сторони розуміють: воєнні дії і їхні наслідки, терористичні акти, цивільні хвилювання, страйки, заколоти, конфіскації, реквізиції, арешт, знищення або ушкодження майна за розпорядженням цивільної або військової влади, введення надзвичайного або особливого положення, бунти, путчі, державні перевороты, змови, повстання, революції, впливи ядерної енергії.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

10.1. Спори за Договором страхування вирішуються шляхом переговорів між сторонами.

10.2. При неможливості досягнення згоди спір підлягає вирішенню в судовому порядку відповідно до законодавства України.

10.3. При вирішенні питань, що не врегульовані цими Правилами, Сторони керуються законодавством України та умовами Договору страхування.

11. ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ

11.1. Даючи Страховику згоду на використання своїх персональних даних при укладанні Договору страхування, Страхувальник, діючи своєю волею і у своєму інтересі, дає згоду на обробку (у тому числі на збір, систематизацію, накопичення, зберігання, уточнення, оновлення, зміну, розповсюдження, передачу, знеособлення, блокування та знищення) його персональних даних, у межах, що не суперечить законодавству України.

11.2. Така згода дається Страховику:

- Стосовно будь-якої інформації, що відноситься до Страхувальника, отриманої як від самого Страхувальника, так і від третіх осіб, включаючи: прізвище, ім'я, по батькові, дані документа, що посвідчує особу, відомості про дату видачі зазначеного документа і орган, що його видав, індивідуальний податковий номер, дату народження, стать, адресу місця реєстрації, адресу фактичного місця проживання, сімейний, майновий стан, посаду, доходи, номери контактних телефонів та адресу електронної пошти для виконання зобов'язань за Договором страхування, так само як і по іншим договорам, укладеним між Страховиком і Страхувальником;

- Для цілей виконання Договору страхування, здійснення обслуговування Страхувальника;

- Для цілей просування продуктів (послуг) Страховика на ринку, так само як просування спільних продуктів Страховика і третіх осіб та / або продуктів (товарів, робіт, послуг, результатів інтелектуальної діяльності) третіх осіб - партнерів Страховика;

- Довічно, при цьому Страхувальник може відкликати свою згоду шляхом направлення Страховику письмового повідомлення про відкликання своєї згоди, підписаного Страхувальником;

- На обробку персональних даних будь-яким способом, у тому числі як з використанням засобів автоматизації (включаючи програмне забезпечення), так і без використання засобів автоматизації (з використанням різних матеріальних носіїв, включаючи паперові носії).

11.3. Даючи згоду на використання своїх персональних даних при укладанні Договору страхування, Страхувальник дає згоду на отримання від Страховика реклами продуктів Страховика, продуктів третіх осіб, спільних продуктів Страховика і третіх осіб, в тому числі по мережах електрозв'язку (включаючи телефонний зв'язок). Така згода дається на строк життя Страхувальника та припинення Договору страхування не припиняє дію такої згоди.

12. ОСОБЛИВІ УМОВИ. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

12.1. Усі повідомлення у зв'язку з виконанням і припиненням Договору страхування направляються на адреси, які зазначені в Договорі страхування. У випадку зміни адрес і/або реквізитів, сторони Договору страхування зобов'язані сповістити один одного про зміни протягом 5 (п'яти) робочих днів з дня настання таких змін. Якщо сторона не була сповіщена про зміну адреси і/або реквізитів іншої сторони завчасно, то всі повідомлення, спрямовані на колишню адресу, будуть вважатися отриманими з дати їхнього надходження на колишню адресу. Будь-які повідомлення у зв'язку з укладенням, виконанням або припиненням Договору страхування, вважаються спрямованими сторонами на адресу один одного, тільки якщо вони зроблені в письмовій формі.

12.2. Зміни і доповнення до цих Правил страхування вносяться відповідно до діючого законодавства України.

12.3. При укладанні Договору страхування на умовах, які містять ці Правила страхування, ці умови стають невід'ємною частиною Договору страхування і є обов'язковими для Страхувальника і Страховика. Страхувальник і Страховик мають право узгодити будь-які інші додатки, винятки, уточнення до Договору страхування, не заборонені чинним законодавством України, виключити з

тексту Договору страхування окремі положення цих Правил страхування, не пов'язані з конкретним договором страхування, встановивши таке в тексті Договору страхування.

12.4. Умови, які містять ці Правила страхування і які не включені в текст Договору страхування, є обов'язковими для Страхувальника (Вигодонабувача), якщо в Договорі страхування прямо вказується на застосування таких Правил. Правила можуть бути викладені в одному документі з Договором або на його зворотному боці, або включені до Договору у вигляді окремого додатку, або розміщені на веб-сайті Страховика. Незалежно від способу надання Правил Страховик в обов'язковому порядку ознайомлює Страхувальника з умовами та правилами страхування. Факт ознайомлення Страхувальника з правилами та умовами страхування та факт вручення Страхувальнику Правил страхування при укладанні Договору засвідчується підписом у Договорі страхування.

12.5. При укладанні Договору страхування (додаткових угод та додатків до нього та інших документів) Страховик (представник Страховика) може використовувати аналог власноручного підпису, у т.ч. електронний підпис.

12.6. За згодою Сторін в Договорі страхування можуть бути включені інші умови страхування, що не суперечать чинному законодавству України.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. У Таблиці наведені базові річні страхові тарифи по страхуванню здоров'я на випадок хвороби.

Базові страхові тарифи за рік у відсотках від страхової суми

Ризики	Тариф
Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби	0,41
Постійна втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби	0,11
Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи в результаті хвороби	0,3
Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи у зв'язку з госпіталізацією (у тому числі у зв'язку з хірургічним втручанням) в результаті хвороби	0,45

2. В залежності від факторів, що впливають на ступінь ризику, до страхових тарифів шляхом множення можуть застосовуватися коригуючі коефіцієнти К1-К4.

2.1. Коефіцієнти, що використовуються до базових тарифів в залежності від віку Застрахованої особи

вік Застрахованої особи	Коефіцієнт К1
0-1	1,5-2,2
1-6	1,2-1,6
7-17	1,0-1,3
18-40	0,8-1,25
41-65	1,2-1,7
більш 65	1,7-2,5

2.2. Коефіцієнти, що використовуються до базових тарифів в залежності від стану здоров'я Застрахованої особи

Стан здоров'я Застрахованої особи	Коефіцієнт К2, діапазон значень
1 група – практично здорові	0,8-1,0
2 група - з захворюваннями в анамнезі	1,0-1,4
3 група – з хронічними захворюваннями в анамнезі	1,2-2,2
4 група – стан здоров'я Застрахованої особи не встановлено	0,8-2,2

2.3. В залежності від розміру страхової суми та франшизи за Договором страхування до базових тарифів може застосовуватися коригуючий коефіцієнт К3 у межах 0,4 - 2,0.

2.4. В залежності від інших факторів, що впливають на ступінь ризику Страховик має право застосовувати коригуючий коефіцієнт К4 у межах від 0,3 до 4,0, виходячи з обставин, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику (роду діяльності Застрахованої особи, статі, та ін.).

3. При укладанні короткострокових договорів страхування (на строк менше 1 року) застосовуються понижуючі коефіцієнти, при цьому неповний місяць вважається як повний:

строк страхування, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
коефіцієнт	0,3	0,35	0,5	0,6	0,65	0,7	0,75	0,80	0,85	0,9	0,95

4. Норматив витрат на ведення справи становить 45% від страхової премії.

Актуарій

Карташов Ю.М.
(свідоцтво №03-007 від 06.12.2012)