

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
рішення Правління ПАТ «НАСК «ОРАНТА»  
«18» жовтня 2016 року № 84  
Голова Правління  
\_\_\_\_\_ Грищенко В.М.

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я**  
**НА ВИПАДОК ХВОРОБИ**  
**№ 109 (нова редакція)**

**КИЇВ 2016**

## **ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

Ці Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі – Правила) розроблені відповідно до вимог Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування» та інших законодавчих актів України.

ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (далі - Страховик) відповідно до цих Правил укладає договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (далі - договори страхування) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі - Страхувальник).

Страхувальник – юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування.

Страхувальники можуть укладати зі Страховиком договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб). Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Якщо Страхувальником є юридична особа, яка уклала зі Страховиком договір страхування на користь фізичних осіб, то Застрахованими особами є фізичні особи, які зазначені у договорі страхування.

Страхувальник може укладати договори про страхування третіх осіб лише за згодою цих осіб.

Страхувальник, який уклав договір страхування на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з договором страхування.

Застрахована особа - фізична особа на користь якої укладено договір страхування. Застрахованою особою, може бути - громадянин України, іноземний громадянин або особа без громадянства.

Договір страхування – письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній Страхувальником у договорі страхування, на користь якої укладено договір страхування, на умовах, визначених у договорі страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки



Хронічне захворювання - тривале, прогресуюче захворювання, яке характеризується чергуванням періодів загострення та ремісії.

Медико-санітарна допомога (далі - медична допомога) - комплекс організаційних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на встановлення [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1"](http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1) \o "Діагноз (ще не написана)" діагнозу, усунення чи зменшення [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC"](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) \o "Симптом" симптомів і проявів [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E"](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E) \o "Захворювання" захворювання чи патологічного стану, з приводу якого звернулась [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82"](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82) \o "Пацієнт" Застрахована особа, на нормалізацію її [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%94%D0%B4%D1%96"](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%94%D0%B4%D1%96) \o "Життєдіяльність" життєдіяльності, покращення чи відновлення [HYPERLINK "http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27"](http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27) \o "Здоров'я" здоров'я.

Невідкладна допомога – це комплекс лікувально-діагностичних заходів, включаючи реанімаційні заходи, які надаються Застрахованій особі при невідкладному стані, що виникає внаслідок гострих захворювань, загострення хронічної хвороби і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших ускладнень.

Невідкладний стан – це стан, при якому існує безпосередня загроза життю Застрахованій особі, яка без своєчасної медичної допомоги може призвести до смерті або інвалідності Застрахованої особи.

Загроза життю та здоров'ю – ситуація або стан Застрахованої особи, при яких ненадання невідкладної медичної допомоги може призвести до важкого та тривалого розладу функцій організму або його окремого органу або смерті.

Страхова сума - визначена договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума, що зменшена на суму попередніх страхових виплат, є граничною сумою виплати.

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

Страхова виплата - грошова сума, що виплачується Страховиком відповідно до умов договору страхування при настанні страхового випадку.

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

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

Медикаментозне забезпечення (далі – медикаменти) – організація та оплата вартості лікарських засобів та витратних матеріалів для лікування Застрахованої особи.

Медикаментозне забезпечення лікувального процесу Застрахованої особи здійснюється

мережею аптечних установ, що мають відповідну ліцензію (далі – аптека), та мають договірні відносини із Сервісною службою або Страховиком. Медикаменти надаються на підставі рецепта лікаря відповідного медичного закладу, де надаються медичні послуги. Доставка медикаментів, за вказаною адресою здійснюється на умовах, зазначених у договорі страхування.

## **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи Застрахованої особи, визначеної Страхувальником у договорі страхування за згодою Застрахованої особи.

## **СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

Відповідно до цих Правил страховим ризиком є смерть Застрахованої особи, тимчасова втрата нею працездатності, встановлення їй інвалідності внаслідок хвороби або у випадку її захворювання на хворобу, передбачену договором страхування, яка сталася із Застрахованою особою під час дії договору страхування.

Страховим випадком є передбачена п. 3.1 цих Правил і договором страхування подія (або декілька подій), що відбулася (відбулися) у період дії договору страхування, з настанням якої (яких) виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату, а саме:

Тимчасова втрата Застрахованою особою працездатності внаслідок захворювання на хворобу, передбачену договором страхування, яка виникла під час дії договору страхування.

Для непрацюючих осіб (включаючи дітей) тимчасова втрата працездатності визначається як перебування на амбулаторно-поліклінічному або стаціонарному лікуванні внаслідок захворювання на хворобу, передбачену договором страхування.

Стійка втрата працездатності (встановлення групи інвалідності I, II, III групи) Застрахованої особи внаслідок захворювання на хворобу, передбачену договором страхування, яка виникла під час дії договору страхування.

Захворювання Застрахованої особи на хворобу, передбачену договором страхування, яка виникла під час дії договору страхування.

Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання на хворобу, передбачену договором страхування, яка виникла під час дії договору страхування.

Захворювання Застрахованої особи на хворобу, передбачену договором страхування, яка виникла під час дії договору страхування. Організація, забезпечення та/або оплата вартості медичних послуг Страховиком.

Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх, одного або декількох страхових випадків, зазначених у пп. 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил.

Події, передбачені у п.3.2.2 та п. 3.2.4 цих Правил, також визнаються страховими випадками, якщо вони сталися протягом 1 (одного) року з дня настання захворювання на хворобу, яка виникла під час дії договору страхування та мають причинно-наслідковий зв'язок, якщо інше не передбачено договором страхування.

Договір страхування може укладатися на випадок будь-якого захворювання з певного класу

хвороб чи певного переліку класів хвороб, передбачених Додатком 2 до Правил, або на випадок захворювання на певну хворобу чи на хворобу з певного переліку окремих хвороб, що вибрані з чинної міжнародної статистичної класифікації хвороб (МКХ).

Договором страхування може бути передбачено настання страхових випадків унаслідок гострого захворювання та/або внаслідок загострення хронічного захворювання, та/або травматичного ушкодження.

Договір страхування може передбачати обмеження допустимої кількості страхових випадків, передбачених п. 3.2.1 та п. 3.2.3 цих Правил, упродовж строку дії договору страхування.

Договором страхування, за згодою між Страховиком та Страхувальником, може бути визначений період часу з моменту початку дії договору страхування, протягом якого настання подій, визначених у договорі страхування, не будуть вважатись страховим випадком.

Договором страхування, за згодою між Страховиком та Страхувальником, може бути передбачений фіксований строк непрацездатності (перебування на лікуванні) Застрахованої особи для визнання події страховим випадком згідно з п. 3.2.1 цих Правил.

Події, зазначені у пп. 3.2.1 – 3.2.5 цих Правил, визнаються страховими випадками, якщо вони підтверджені документально згідно з вимогами Страховика та умовами договору страхування.

## **ВИКЛЮЧЕННЯ ЗІ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

Страховими випадками не визнаються події, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:

станом алкогольного сп'яніння, токсичним впливом транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, холіноміметичних (одурманюючих) та наркотичних засобів, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

захворюваннями чи травмами, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

стихійним лихом, безпосереднім або опосередкованим впливом воєнних дій будь-якого роду, релігійних, громадянських заворушень і страйків, із будь-якими терористичними діями або будь-якими іншими діями з політичних мотивів незалежно від того, брала в них участь Застрахована особа чи ні;

прийомом медичних препаратів без призначення лікаря, самолікуванням або лікуванням особою, що не має відповідних повноважень, окрім випадків, коли застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

самогубством або спробою вчинення самогубства з боку Застрахованої особи, окрім випадків, якщо Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

загостренням і ускладненням хронічної хвороби, на яку Застрахована особа хворіла на час укладення договору страхування;

вродженими аномаліями та вадами розвитку, генетичними спадковими захворюваннями;

інфекційними, паразитарними та вірусними хворобами, зареєстрованими медичним закладом

упродовж місяця від дати набрання чинності договору страхування;

новоутвореннями, хворобами ендокринної системи, якщо відповідний діагноз було встановлено медичним закладом упродовж трьох місяців з дати набрання чинності договору страхування;

абортами, вагітністю, пологами, окрім випадків мимовільних абортів, позаматкової вагітності або переривання вагітності за медичним показанням, які мали місце не раніше ніж через три місяці з дати набрання чинності договору страхування;

епідеміями інфекційних хвороб;

усуненням косметичних дефектів, проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії;

лікуванням, що має характер експериментального (пов'язаного з апробацією нових методик, ліків) або дослідницького;

венеричними та іншими інфекційними захворюваннями, що передаються статевим шляхом – МКХ 10 (A50-A64, A27);

TORCH інфекціями;

будь-якими опортуністичними хворобами Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

психічними, системними захворюваннями, демієлінізуючими та дегеративними хворобами нервової системи та їх наслідками;

порушеннями запроваджених законом правил і норм безпеки праці, а також захворюваннями, які виникли внаслідок цих порушень.

Умовами договору страхування може бути передбачено страхування на випадок настання деяких подій, зазначених у п. 4.1 (за винятком пп. 4.1.1, 4.1.5) цих Правил.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені й інші виключення зі страхових випадків та обмеження страхування.

## **ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

Страхова сума у договорі страхування встановлюється за згодою Страховика та Страхувальника при укладанні договору страхування.

Страхова сума може бути встановлена за окремим страховим випадком, групою страхових випадків, договором страхування в цілому або на інших умовах, зазначених у договорі страхування.

Договором страхування можуть бути передбачені обмеження розміру страхової виплати (ліміти відповідальності Страховика) за страховими випадками за окремими медичними послугами або за групою таких медичних послуг.

Під час дії договору страхування Страхувальник за згодою Страховика має право збільшити страхову суму шляхом укладання додаткової угоди до договору страхування і внесення додаткового страхового платежу.

## **СТРАХОВИЙ ТАРИФ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА ПОРЯДОК ЙОГО ВНЕСЕННЯ**

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

Розмір страхового тарифу визначається при укладанні договору страхування за згодою Сторін на підставі базових страхових тарифів, які наведені у Додатку 1 до цих Правил, з урахуванням ступеню страхового ризику, умов договору страхування та зазначається у договорі страхування.

Розмір та умови внесення страхового платежу визначаються договором страхування.

При укладанні договору страхування Страхувальнику, за узгодженням зі Страховиком, може бути надана можливість внесення страхового платежу частинами. Розміри частин страхового платежу і строки їх внесення визначаються договором страхування.

Першу частину страхового платежу Страхувальник зобов'язаний внести не пізніше дати, зазначеної у договорі страхування як дата початку строку дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, у разі несплати страхового платежу (при одноразовій сплаті) або його першої частини (при сплаті частинами) у встановлений договором страхування строк, договір страхування вважається таким, що не набув чинності.

При внесенні страхового платежу частинами, якщо друга чи наступні частини страхового платежу не надійшли у повному обсязі в строки, зазначені у договорі страхування, дія договору страхування в частині зобов'язань Страховика припиняється після завершення 24-ої години дня, до якого Страхувальник мав внести наступну частину страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, Страхувальник втрачає право на внесення страхового платежу частинами, якщо до внесення наступної частини страхового платежу Страхувальник заявив про настання страхового випадку. У такому разі Страховик має право вимагати від Страхувальника внести достроково несплачену частину річного страхового платежу або утримати несплачену частину страхового платежу із суми страхової виплати.

Валюта страхування визначається згідно із законодавством України.

### **СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Строк дії договору страхування визначається за згодою сторін і зазначається у договорі страхування.

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

Територія дії договору страхування зазначається у договорі страхування.

### **ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком (що є невід'ємною частиною укладеного договору страхування), або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування.

Подання заяви не зобов'язує сторони до укладення договору страхування.

При укладанні договору страхування Страхувальник зобов'язаний:

повідомити Страховику всі відомі обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, якщо ці обставини невідомі та/або не можуть бути відомими Страховику. Істотними визнаються обставини, зазначені у договорі страхування та/або в заяві на страхування;



на вимогу Страховика заповнити декларації про стан здоров'я кожної особи, стосовно якої укладається договір страхування;

пред'явити Страховику документи, що засвідчують особу Страхувальника (Застрахованої особи) чи його уповноваженого представника: довіреність або інший документ, що свідчить про наявність та обсяг повноважень представника Страхувальника.

Якщо інше не передбачено договором страхування, не укладаються договори страхування щодо таких фізичних осіб:

віком менше 1 року і більше 70 років;

які перебувають на стаціонарному лікуванні;

ВІЛ-інфікованих;

визнаних у судовому порядку недієздатними;

які мають злоякісні новоутворення;

інвалідів I, II групи та інвалідів, які не працюють;

які мають системні захворювання;

які мають демієлінізуючі захворювання;

із психічними хворобами, важкими нервовими захворюваннями.

Якщо після укладення договору страхування буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у пп. 8.3, 8.4 цих Правил, та/або свідомо приховав від Страховика обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страхувальнику у страховій виплаті.

У разі втрати договору страхування в період його дії, Страховик видає Страхувальникові, за його письмовою заявою, дублікат.

Усі зміни та доповнення до умов договору страхування вносяться за згодою Страхувальника і Страховика шляхом укладення додаткової угоди до договору страхування або шляхом укладання нового договору страхування.

## **ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **Страхувальник має право:**

Отримати страхову виплату при настанні страхового випадку в порядку, передбаченому договором страхування та цими Правилами;

Ініціювати внесення змін до договору страхування;

Достроково припинити дію договору страхування згідно із законодавством України;

Одержати дублікат договору страхування у разі його втрати.

### **Страхувальник зобов'язаний:**

Вносити страхові платежі у розмірах і у строки, визначені договором страхування.

При укладанні договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику.

Якщо інше не передбачено договором страхування, впродовж 3 (трьох) робочих днів

повідомити Страховика про будь-яку зміну страхового ризику (відомостей, зазначених у заяві на страхування та/або договорі страхування). У разі збільшення ступеня ризику на вимогу Страховика укласти додаткову угоду до договору страхування і внести додатковий страховий платіж.

Ознайомити Застраховану особу з цими Правилами і договором страхування.

При укладанні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору страхування.

Повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами договору страхування.

Надати право доступу лікарів-експертів Страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком.

Уживати всіх необхідних заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих унаслідок настання страхового випадку.

### **Страховик має право:**

Перевіряти достовірність інформації та документів, поданих Страхувальником, а також виконання (дотримання) умов договору страхування.

З'ясувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі подані Страхувальником/Застрахованою особою документи, направляти запити в компетентні органи з питань, пов'язаних із розслідуванням причин настання страхового випадку і визначенням розміру збитку; самостійно проводити розслідування для з'ясування причин та обставин страхового випадку.

Ініціювати внесення змін до договору страхування і вимагати від Страхувальника додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

Відмовити у страховій виплаті у випадках та в порядку, передбачених цими Правилами та договором страхування.

Достроково припинити дію договору страхування згідно із законодавством України.

### **Страховик зобов'язаний:**

Ознайомити Страхувальника з умовами договору страхування і цими Правилами.

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

При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну страхову виплату шляхом сплати пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

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

Договором страхування можуть бути передбачені інші права та обов'язки Страховика і Страхувальника.

## **ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник, Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані:

Не пізніше 24 годин повідомити Страховика та/або цілодобову сервісну службу Страховика. Якщо Страхувальник, Застрахована особа (особисто або через свого представника) не могли зробити цього з об'єктивних причин (відсутність зв'язку в місці події, за станом здоров'я), вони повинні повідомити Страховика та/або цілодобову сервісну службу Страховика одразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше 2 (два) робочих днів, якщо інше не передбачено договором страхування.

подати письмову заяву про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою) не пізніше 10 (десять) робочих днів від моменту настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування. Якщо з поважних причин Страхувальник, його представник чи Застрахована особа, не змогли подати Страховику заяву про страхову виплату у встановлений договором страхування термін, вони зобов'язані підтвердити це документально.

Договором страхування можуть бути передбачені інші дії Страхувальника, Застрахованої особи у разі настання страхового випадку.

Страхувальник повинен забезпечити участь Страховика у з'ясуванні причин настання та наслідків страхового випадку.

### **ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

Для врегулювання страхового випадку (визнання Страховиком події страховим випадком і здійснення страхової виплати) Страхувальник, Застрахована особа або її довірена особа (представник) зобов'язані, якщо інше не передбачено договором страхування, надати Страховику достовірну інформацію і документи, необхідні для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, а саме.

письмову заяву про страхову виплату (встановленої Страховиком форми);

договір страхування

медичну довідку (витяг з історії хвороби та/або епікріз, та/або амбулаторної картки) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості та опису проведеного лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу, копію листка тимчасової втрати працездатності з медичного закладу з відповідним штампом - в разі тимчасової непрацездатності Застрахованої особи;

довідка медико-соціальної експертної комісії про встановлення групи інвалідності Застрахованій особі;

у разі смерті Застрахованої особи – оригінал свідоцтва про смерть та документи, що підтверджують право на спадщину (для спадкоємців);

копію ліцензії, копію свідоцтва про державну реєстрацію, копія свідоцтва про сплату єдиного податку (у разі отримання послуг у приватних установах);

документ, що посвідчує особу - одержувача страхової виплати (паспорт) та копія довідки про присвоєння їй ідентифікаційного номера;

для дітей віком до 16 років - свідоцтво про народження дитини, паспорт та довідки про

присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків/опікунів.

за страховим випадком, зазначеним в п. 3.2.5 цих Правил додатково надаються такі документи:

рецепти, виписані Застрахованій особі лікуючим лікарем, на придбання медикаментів із зазначенням назви кожного медичного препарату та його кількості;

оригінали документів, що підтверджують факт оплати медикаментів, наданих медичних послуг, передбачених договором страхування (розрахунково-касові документи, товарні чеки, фіскальні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції тощо).

Умовами договору страхування може бути передбачена необхідність подання інших документів, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку.

Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією, з'ясування обставин страхового випадку та встановлення розміру страхової виплати Страховик має право письмово вимагати подання інших документів з обґрунтуванням причин вимоги, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку.

Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими згідно з вимогами законодавства України, засвідчені належним чином.

## **ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

Страховик здійснює страхову виплату на підставі заяви Страхувальника або Застрахованої особи на страхову виплату, отриманих документів, зазначених у Розділі 11 цих Правил та договорі страхування, страхового акта, складеного Страховиком.

Порядок та умови визначення розміру страхової виплати при настанні страхового випадку погоджується сторонами та зазначається в договорі страхування.

У разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання, Страховик виплачує спадкоємцям Застрахованої особи 100% страхової суми.

У разі встановлення Застрахованій особі групи інвалідності внаслідок захворювання, Страховик здійснює страхову виплату, розмір якої визначається у відсотках страхової суми:

від 90 до 100 % - у разі встановлення Застрахованій особі I групи інвалідності;

від 60 до 80 % - у разі встановлення Застрахованій особі II групи інвалідності;

від 40 до 60 % - у разі встановлення Застрахованій особі III групи інвалідності.

При встановленні первинної інвалідності неповнолітній Застрахованій особі розмір страхової виплати може становити від 80% до 100% страхової суми.

У разі тимчасової втрати працездатності Застрахованої особи унаслідок захворювання, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі від 0,05 % до 0,7 % страхової суми за кожний день непрацездатності або лікування, але не більше 60 % страхової суми, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

У разі смерті або встановлення інвалідності Застрахованій особі після тимчасової втрати працездатності та отримання Застрахованою особою частини страхової виплати згідно з умовами договору страхування, Застрахованій особі або Вигодонабувачу, спадкоємцям виплачується різниця між виплатою, передбаченою в разі встановлення інвалідності або смерті Застрахованої особи, та вже здійсненою страховою виплатою.

Якщо договором страхування передбачена страхова виплата на випадок захворювання, розмір такої виплати визначається у відсотках страхової суми згідно з Таблицею страхових виплат у разі захворювання Застрахованої особи, наведеною у Додатку 2 до цих Правил. Умови, розмір та обмеження страхової виплати встановлюються у договорі страхування.

Якщо після отримання Застрахованою особою страхової виплати, визначеною за Таблицею страхових виплат у разі захворювання Застрахованої особи, наведеною у Додатку 2 до цих Правил, Застрахованій особі буде встановлено уточнений діагноз, який дає право на отримання більшої страхової виплати, або буде встановлена група інвалідності, Страховик розраховує суму страхової виплати за уточненим діагнозом або встановленою групою інвалідності, за вирахуванням зробленої раніше страхової виплати.

Якщо договором страхування передбачена організація, забезпечення та/або оплата Страховиком вартості медичних послуг у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи на хворобу, передбачену договором страхування, надані Застрахованій особі медичні або інші послуги, передбачені договором страхування, відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат. Підставою для оплати є рахунок від фахівця медичного закладу, установи за надані Застрахованій особі медичні або інші послуги, передбачені договором страхування, разом із документами, що обґрунтовують причини звернення за такими послугами. При цьому, страхова виплата здійснюється:

Застрахованій особі, якщо при настанні страхового випадку Застрахована особа самостійно оплатила вартість отриманих медичних послуг;

медичному закладу, який надавав медичні послуги Застрахованій особі;

Сервісній службі, якщо договором страхування передбачено, що надання медичної допомоги Застрахованій особі, у разі настання страхового випадку, здійснюється за участі Сервісної служби. Розрахунки між Страховиком та Сервісною службою за надані Застрахованій особі медичні або інші послуги здійснюються відповідно до умов і строків, передбачених договором між Страховиком та Сервісною службою.

Якщо після здійснення страхової виплати з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за цим страховим випадком, то Страховик здійснює страхову виплату за вирахуванням раніше здійснених виплат за цим страховим випадком.

Загальний обсяг страхових виплат за всіма страховими випадками, що сталися в період дії договору страхування, не може перевищувати страхової суми (граничної суми виплат), встановленої договором страхування для Застрахованої особи.

Договором страхування можуть бути передбачені інші розміри страхових виплат.

У разі виникнення суперечок між сторонами про причини настання страхового випадку і розміру збитку кожна зі сторін має право зажадати проведення експертизи. Експертиза проводиться за рахунок сторони, що зажадала її проведення.

Якщо інше не передбачено договором страхування, то після здійснення Страховиком страхової виплати страхова сума може бути відновлена шляхом укладення додаткової угоди до договору страхування та внесення додаткового страхового платежу.

## **СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

Страховик приймає рішення про виплату або відмову у страховій виплаті впродовж 20 (двадцять) робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

Страхова виплата здійснюється на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) на страхову виплату та складеного Страховиком страхового акта, із визначенням розміру страхової виплати. Страховик здійснює страхову виплату упродовж 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття рішення про страхову виплату.

Рішення про відмову у страховій виплаті Страховик надсилає Страхувальнику у письмовій формі з обґрунтуванням причин упродовж 15 (п'ятнадцять) робочих днів від дня його прийняття.

Якщо до внесення чергового страхового платежу (при сплаті страхового платежу частинами) Страхувальник заявив про настання страхового випадку, Страховик здійснює страхову виплату з урахуванням умов, зазначених у п. 6.8 цих Правил.

### **ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

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

Вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

Створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря або Сервісної служби.

Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Договором страхування може бути передбачено, що Страховик має право відмовити у страховій виплаті, якщо Застрахована особа відмовляється від обстеження довіреним лікарем Страховика після настання захворювання.

Інші випадки, передбачені законом.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у страховій виплаті, що не суперечать закону.

У разі порушення Страхувальником своїх зобов'язань Страховик має право частково або в повному обсязі відмовитися від своїх зобов'язань, якщо це встановлено договором страхування.

Страхувальник може у судовому порядку оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті.

## **УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Дія договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі: закінчення строку дії договору страхування;

виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

несплати Страхувальником страхового платежу або його частини 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 впродовж 10 (десять) робочих днів від дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

ухвалення судового рішення про визнання договору страхування недійсним;

в інших випадках, передбачених законодавством України.

Дію договору страхування може бути достроково припинено на вимогу Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана належним чином повідомити іншу не пізніше ніж за 30 днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

У разі дострокового припинення дії договору страхування на вимогу Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактично здійснених страхових виплат 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 дії договору страхування на вимогу 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, за вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактично здійснених страхових виплат за цим договором страхування.

## **ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

Спори, пов'язані з договором страхування, вирішуються у порядку, передбаченому законодавством України.

## **ОСОБЛИВІ УМОВИ**

Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх поширення на Сторони договору страхування, повинні бути передбачені договором страхування.

PAGE

PAGE 17