

ЗАТВЕРДЖЕНО
рішення Правління ПАТ «НАСК «ОРАНТА»
«12» травня 2016 року № 38
Голова Правління
_____ Грищенко В.М.

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(безперервного страхування здоров'я)
№ 112 (нова редакція)

КИЇВ 2016

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Ці Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (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 медичного страхування (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

та виконувати інші умови договору страхування.

Факт укладення договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

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

Договір страхування може містити інші положення, що не передбачені цими Правилами, якщо такі положення відповідають цим Правилам і не суперечать законодавству України.

У цих Правилах терміни та визначення вживаються у таких значеннях:

Сервісна компанія (служба) — асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та інших послуг Застрахованим особам і координує їх дії у разі настання страхового випадку (далі – Сервісна служба).

Сервісна служба може здійснювати оплату медичних витрат Застрахованої особи, а також витрат, пов'язаних з невідкладною допомогою (далі – витрати) при настанні страхового випадку, та вимагати відповідної компенсації від Страховика.

Медичний заклад – державний або приватний заклад системи охорони здоров'я або особа - підприємець, що має відповідну ліцензію МОЗ України на медичну практику, із яким Страховиком або Сервісною службою укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

Стаціонар – структурний підрозділ системи охорони здоров'я або форма лікувально–профілактичного закладу для надання медичної допомоги фізичним особам в умовах цілодобового або денного перебування під постійним наглядом медичних працівників.

Поліклініка (амбулаторія) – багатопрофільна чи спеціалізована лікувально-профілактична установа для надання амбулаторної медичної допомоги хворим на прийомі та (або) вдома.

Травматологічний пункт - відділення поліклініки або стаціонару, призначене для надання медичної допомоги хворим з [HYPERLINK "http://vseslova.com.ua/word/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0-108368u"](http://vseslova.com.ua/word/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0-108368u) травмами. У травматологічному пункті надається перша кваліфікована травматологічна допомога; травматологічне і ортопедичне лікування (до повного одужання) хворих, що не потребують госпіталізації.

Розлад здоров'я – нещасний випадок, захворювання, загострення хронічного захворювання Застрахованої особи, що потребує надання їй медико-санітарної допомоги.

Гостре захворювання - різке погіршення стану здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою або раптовим розладом здоров'я Застрахованої особи, що становить загрозу її життю та здоров'ю і потребує надання невідкладної медичної допомоги.

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 [\o "Діагноз \(ще не написана\)"](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) діагнозу, усунення чи зменшення [HYPERLINK](#)

"<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>
\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>
\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>
\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>
\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, нещасних випадків і спрямовані на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших ускладнень.

Невідкладна стоматологічна допомога – консультація та огляд лікаря, рентгенодіагностика, видалення зуба, знеболення, депульпація, кюретаж пародонтальних кишень (при абсцедуванні), встановлення тимчасової пломби за показниками.

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.

Нещасним випадком за цими Правилами є раптові непередбачувані події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що фактично відбулися в період дії договору страхування та спричинили смерть або розлад здоров'я Застрахованої особи, викликані ушкодженням тканин організму з порушенням їх цілісності і функцій, деформацією і порушенням опорно-рухового апарату, заподіяними зовнішнім впливом (впливом зовнішніх факторів). Нещасними випадками також є випадкове потрапляння у дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, тепловий удар, опік, укуси тварин, комах, змій, обмороження, ураження електричним струмом і блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, газами, ліками, недоброякісними продуктами харчування.

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричного струму, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, падіння будь-якого предмета або самої Застрахованої особи, удар стороннього предмета, неправильні медичні маніпуляції, використання Застрахованою особою або третіми особами транспортних засобів, машин, механізмів, інструментів, зброї тощо.

Травматичні ушкодження – ушкодження м'яких тканин, органів та систем організму зовнішніми чинниками, а саме: власне травми, опіки, ураження блискавкою або електричним струмом, обмороження, переохолодження, тепловий удар, випадкове гостре отруєння хімічними речовинами (промисловими або побутовими) чи ліками; наслідки укусів тварин, змій, комах і потребують невідкладної медичної допомоги.

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 Страхувальник 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.

Франшиза - визначена умовами договору страхування частина збитку, що не відшкодовується Страховиком.

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 зі 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 розлад здоров'я Застрахованої особи, що потребує надання їй медичної допомоги.

Перелік видів розладу здоров'я Застрахованої особи, на випадок настання яких здійснюється страхування, зазначається у договорі 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:

звернення Застрахованої особи з приводу розладу здоров'я та в інших випадках, передбачених договором страхування, за отриманням медичних послуг до медичного закладу, визначеного договором страхування та/або до якого Застраховану особу направила Сервісна служба та/або Страховик.

За цими Правилами Страховик забезпечує організацію та оплату вартості наступних медичних послуг, а саме:

Поліклініка - амбулаторно-поліклінічне лікування, що передбачає забезпечення та оплату

вартості медичних послуг в амбулаторно-поліклінічних умовах та/або при лікуванні у денному стаціонарі в такому обсязі: консультації лікарів, проведення лабораторно-інструментальних досліджень, лікувальних процедур у відділеннях поліклініки та вдома, комплексне диспансерне обслуговування; забезпечення медикаментами.

Стаціонар - забезпечення та оплату вартості медичних послуг в умовах стаціонару (як загальносоматичного профілю, так і в спеціалізованих відділеннях медичних закладів), а саме: проведення сучасних діагностичних (лабораторних, апаратних та інструментальних) досліджень; консультації фахівців відповідного профілю; оперативне та/або консервативне лікування; лікувальні маніпуляції та процедури; забезпечення медикаментами; перебування в палатах згідно з умовами, зазначеними у договорі страхування; харчування стандартне, передбачене медичним закладом; транспортування Застрахованої особи до іншого медичного закладу за призначенням лікаря.

Договором страхування може бути передбачено надання Застрахованій особі медичних послуг в умовах стаціонару на наступних умовах:

Стаціонар невідкладний – лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару при невідкладних станах.

Стаціонар невідкладний та плановий - лікування Застрахованої особи в умовах стаціонару за наявності медичних показань. Якщо інше не передбачено договором страхування, стаціонар плановий надається один раз у період дії договору страхування та не може перевищувати 14 днів перебування Застрахованої особи у медичному закладі.

Швидка медична допомога передбачає забезпечення та оплату вартості надання першої медичної допомоги виїзних загально-профільних та спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги при станах, загрозливих для життя Застрахованої особи (при невідкладному стані), потерпілої від нещасних випадків або при гострих захворюваннях, або при загостренні хронічного захворювання, а також транспортування в медичний заклад для подальшого проходження лікування.

Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок надання Застрахованій особі всіх медичних послуг, однієї або декількох, зазначених у п.3.3 цих Правил. Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок надання Застрахованій особі медичних послуг, пов'язаних із окремим видом розладу здоров'я чи в залежності від віку Застрахованої особи чи її стану, а саме:

Діагностика та лікування туберкульозу - організація надання та оплата вартості комплексу заходів спрямованих на діагностику та лікування (включаючи медикаменти) туберкульозу, що вперше виявлений в період дії договору страхування. Проведення курсу лікування терміном не більше 30 діб з моменту встановлення діагнозу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Діагностика та лікування онкологічних захворювань - організація надання та оплата вартості комплексу заходів спрямованих на діагностику та лікування (включаючи медикаменти) онкологічних захворювань, що вперше виявлені в період дії договору страхування. Проведення одного курсу хірургічного та хіміотерапевтичного лікування, якщо інше не передбачено договором страхування.

Діагностика та лікування цукрового діабету - організація надання та оплата вартості комплексу заходів спрямованих на діагностику та лікування (включаючи медикаменти) цукрового діабету, що вперше виявлений в період дії договору страхування. Проведення курсу лікування терміном не більше 30 діб з моменту встановлення діагнозу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Стоматологія планова - стоматологічне лікування передбачає забезпечення та оплату вартості медичних послуг, що стосується захворювань зубів та порожнини рота та включає діагностику та лікування, а саме: терапевтична стоматологія; хірургічна стоматологія; ортопедична стоматологія, включаючи планове протезування. Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Корекція зору – комплекс лікувально-профілактичних заходів, який включає планову консультацію лікаря – офтальмолога, визначення гостроти зору, лазерну корекцію зору, підбір та оплату корегувальних засобів з метою корекції зору (корегувальні та контактні лінзи і засоби зберігання контактних лінз).

Профілактика комп'ютерного синдрому - забезпечення медикаментами та/або вітамінними препаратами, що сприяють покращенню трофіки ока (рогівки).

Діагностика та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (далі - ЗПСШ) - комплекс лікувально-діагностичних заходів, які включають первинну та контрольну діагностику. Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Дерматологія та косметологія - комплекс лікувально-діагностичних заходів націлений на діагностику та лікування (включаючи медикаменти) шкірних захворювань та грибкових уражень нігтів та шкіри.

Вагітність – організація надання та оплата вартості комплексу лікувально-діагностичних заходів, який включає в себе: встановлення діагнозу «вагітність»; постановку вагітної на облік; спостереження у лікаря-гінеколога жіночої консультації; діагностичні дослідження згідно з призначенням лікаря - організація госпіталізації в стаціонар; оформлення та видача обмінної карти та листка непрацездатності. Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Пологи - організація надання та оплата вартості медичних послуг та процедур при веденні фізіологічних і патологічних пологів (включаючи медикаменти та перебування в стандартній палаті), включаючи:

надання невідкладної допомоги в умовах пологового будинку (передчасні пологи, гостра хірургічна патологія);

спостереження за немовлям і породіллею до моменту виписки з пологового будинку.

Патронаж дітей до 1 року - організація надання та оплата вартості необхідних медичних послуг та процедур.

Договором страхування може бути передбачено забезпечення та оплату вартості профілактичних і оздоровчих заходів, а саме:

Вакцинація проти грипу - комплекс профілактичних заходів, спрямований на профілактику сезонних захворювань грипу та ГРВІ.

Вітамінопрофілактика - забезпечення вітамінними препаратами за період дії договору

страхування.

Внутрішньофірмова аптечка - набір медикаментів, перев'язувальних засобів призначений для надання медичної допомоги в офісі та на території підприємства.

Медичний огляд (організовується в медичних закладах) - комплекс профілактичних заходів, що включає консультацію, огляд лікаря терапевта, гінеколога/уролога (мазок, цитологія), ЕКГ, флюорографія, УЗД органів черевної порожнини, загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, аналіз крові на цукор. Обсяг медичних послуг встановлюється за згодою сторін та зазначається у договорі страхування.

Обов'язковий профілактичний огляд (державний лікувальний заклад) – організація надання профілактичних заходів відповідно до наказів Міністерства охорони здоров'я України.

Оздоровчі послуги - надання послуг з відвідування басейну, тренажерного залу та послуг з оздоровчого масажу.

Договором страхування може бути додатково передбачено забезпечення та оплату вартості медичних послуг у період реабілітації, після перенесених захворювань, що потребують відновлювального лікування, а саме: фізіотерапевтичного лікування, оздоровчого масажу, рефлексотерапії, мануальної терапії тощо. Перелік медичних послуг зазначається у договорі страхування при його укладенні.

Якщо лікування Застрахованої особи розпочато у стаціонарі медичного закладу в період дії договору страхування і на дату закінчення строку дії договору страхування її стан потребує невідкладної медичної допомоги, то Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування, не більш ніж за 10 (десять) календарних днів після закінчення дії договору страхування, за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми (граничної суми виплати), якщо інше не передбачено договором 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.

За згодою сторін перелік подій, що зазначений у пп.3.3, 3.5, 3.6 може бути змінений, доповнений або замінений іншими загальноприйнятими в міжнародній страховій практиці, якщо це не суперечить законодавству України.

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;

прийомом медичних препаратів без призначення лікаря;

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

лікуванням захворювання чи травм, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання;

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

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

проведенням курсів санаторно-курортного лікування, косметологічним обстеженням та лікуванням методами нетрадиційної медицини (гіпноз, психотерапія, іридодіагностика, біокорекція, гірудотерапія, голкорексотерапія, геліотерапія, водолікування тощо).

Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за медичні послуги у разі наступних захворювань та станів:

хронічні захворювання поза стадією загострення та функціональні стани організму, якщо інше не передбачено договором страхування;

венеричні та інші інфекційні захворювання, що передаються статевим шляхом – МКХ 10 (A50-A64, A27);

TORCH інфекції;

інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, гельмінтози);

дерматологічні захворювання (мікози, оніхомікози, псоріаз, екзема, себорея будь-якого типу, вугрова хвороба, демодекоз, короста, педикульоз, алопеція, контагіозний молюск, вітіліго тощо), що відносяться до наступних категорій за МКХ (B35-B49, B85-B89, L 20-L 30, L80-L99);

вірусні гепатити (крім гепатиту А), цироз, гепатоз та їх наслідки;

будь-які опортуністичні хвороби Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

психічні захворювання, в тому числі психопатії, неврози, епілепсія, шизофренія, розлади психіки і поведінки, порушення мови тощо;

вегето-судинна дистонія (НЦД), крім кризового стану;

системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, склеродермія, дерматоміозит тощо);

артрит ревматоїдний, та їх наслідки, за виключенням зняття стійкого больового синдрому;

дем'єлінізуючі та дегенеративні хвороби нервової системи (розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера тощо) та їх наслідки;

церебральний параліч; муковісцидоз;

туберкульоз та його наслідки, за виключенням невідкладних станів, якщо інше не передбачено договором страхування;

ендокринні хвороби (тиріотоксикоз, подагра, аутоімунний тиреоїдит тощо) та їх наслідки, за виключенням невідкладних станів;

вікові та дегенеративно-дистрофічні зміни і захворювання та їх ускладнення (ДЕП - дисциркуляторна енцефалопатія, катаракта, кардио- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз, остеохондроз, тощо) за виключенням зняття стійкого больового синдрому;

професійні захворювання;

епідемії інфекційних хвороб (крім гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), грипу);

особливо небезпечні інфекції (чума, холера, натуральна віспа, туляремія, геморагічні лихоманки), хронічні вірусні інфекції (CMV (цитомегаловірус), Епштейн-Барра тощо);

вроджені аномалії та вади розвитку, генетичні спадкові захворювання;

хвороби крові (окрім залізодефіцитної анемії);

хронічні хвороби периферійних судин (варикозна хвороба, облітеруючий ендартеріт, хвороба Рейно), крім станів загострення, коли сплачується перший курс медикаментозного лікування;

хронічна ниркова недостатність.

Страховик не відшкодовує витрат:

на медичні послуги, медикаменти та товари медичного призначення, що не призначені лікарем; ліки, придбані поза аптечною мережею України; засоби догляду (бандаж, еластичні бинти, пелюшки, памперси тощо), косметичні, гігієнічні та дезінфікуючі засоби;

за перебуванням у стаціонарі для одержання опікунського догляду;

на профілактичні, диспансерні, реабілітаційні, косметологічні та лікувально-оздоровчі заходи, якщо інше не передбачено договором страхування;

на препарати – аналоги гонадотропін-рилізінг гормону (золадекс, диферелін тощо), гормональні спіралі;

на полівітамінні засоби (якщо інше не передбачено договором страхування), імуномодулятори, БАДи (харчові добавки), біостимулятори, гепато- та хондропротектори, пробіотики, препарати, що знижують рівень ліпідів у крові, препарати крові, а також забезпечення лікарськими засобами, не зареєстрованими в Україні;

на медичні довідки для відповідних підрозділів МВС України, носіння зброї, відвідування басейну, на вступ до учбових\дитячих закладів, освідчення водіїв, тести на профпридатність, збір та оформлення документації для МСЕК з метою отримання чи підтвердження групи інвалідності тощо;

на пластичні та реконструктивні операції (включаючи планову герніопластику, ринопластику, септопластику);

операції на серці та судинах, в т.ч. стентування, планові операції із використанням апарату штучного кровообігу (АШКО), трансплантація органів та тканин;

не забезпечує і не оплачує вартість придбання, ремонту, прокату ортопедичних апаратів, коригуючих медичних пристроїв та приладів (слухові апарати, протези, милиці, коляски, слухові імплантати, водії серцевого ритму, оправы для окулярів, МОС (металоостеосинтез) тощо);

на комплексне лікування станів, що вимагає застосування замісної терапії терміном понад 30 календарних днів (гормональні, ферментні препарати);

на медикаменти, що необхідні для тривалого прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються всі витрати до стабілізації стану здоров'я строком до 30 днів);

на медикаменти та/або медичні маніпуляції пов'язані з контрацепцією, стерилізацією, безпліддям, порушенням менструального циклу, гіперандрогенією, полікістозом яєчників, синдромом виснаження яєчників, гіперпролактинемією, імпотенцією, клімактеричним синдромом, ендометріозом, фіброміомою, мастопатією, сексуальними дисфункціями;

визначення гормонального стану, якщо інше не передбачено договором страхування;

на штучне запліднення, планування сім'ї, проведення абортів без медичних показань;

на апаратне лікування зору;

на ортодонтію, лікування тканин ортодонтів апаратом «Вектор», заміна старих пломб з профілактичною метою, використання профілактичних засобів для емалі;

на визначення алергенів (алергологічні панелі і алергени окремо);

на лікування та видалення новоутворень шкіри (бородавки, папіломи, ліпоми, гемангіоми та інші) за винятком їх травмування;

на лікування, що проходить після закінчення строку дії договору страхування, крім випадків, коли лікування в умовах стаціонару розпочато в період дії договору страхування; при цьому Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування не більш ніж за 10 календарних днів після закінчення дії договору страхування;

Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик не відшкодовує витрати на організацію надання та оплати вартості медичних послуг на:

вагітність та пологи, за винятком позаматкової вагітності та необхідності переривання вагітності за медичними показаннями;

реабілітаційну терапію;

лікування онкологічних захворювань;

лікування цукрового діабету;

профілактичні огляди; вакцинацію;

ортопедичну стоматологію, включаючи планове протезування;

коригуючі медичні пристрої та прилади (корегувальні та контактні лінзи і засоби зберігання контактних лінз);

лікування та профілактику комп'ютерного синдрому; використання лазерних технологій лікування.

Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за медичні послуги, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані зі 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.

Страховик не відшкодовує моральні збитки та упущену вигоду; благодійні внески.

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 ризиком (видом розладу здоров'я), групою страхових ризиків (видів розладу здоров'я), за видом медичних послуг чи за групою їх видів, за одним 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 ризиками (видами розладу здоров'я), страховими випадками, за окремими медичними послугами або за групою таких медичних послуг.

Договором страхування може бути передбачена франшиза.

Франшиза може встановлюватися як в абсолютному розмірі, так і у відсотках страхової суми.

Договором страхування може бути передбачена франшиза як тимчасова – період (франшиза у денному виразі), що зазначений у днях, протягом якого медичні витрати, що здійснені в цей період, не підлягають відшкодуванню Страховиком.

Страхові суми у договорі страхування встановлюються у національній валюті України - гривні. За згодою сторін у договорі страхування може бути зазначена страхова сума в гривнях, в еквіваленті до іншої валюти.

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;

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 після укладення договору страхування буде встановлено, що Страхувальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у п. 8.3 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.

Погоджувати зі Страховиком або Сервісною службою, телефони якої зазначені у договорі страхування, всі дії, пов'язані з отриманням медичних послуг у разі настання страхового випадку.

Виконувати розпорядження та/або рекомендації Сервісної служби або Страховика.

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 своєчасної 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:

Зв'язатись із Сервісною службою та/або Страховиком за вказаними у договорі страхування телефонами і повідомити таку інформацію: прізвище та ім'я Застрахованої особи; номер договору страхування; фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону; докладний опис обставин, що склалися та обсяг необхідної медичної допомоги.

Узгодити із Сервісною службою та/або Страховиком всі свої подальші дії з отримання медичної допомоги та діяти у суворій відповідності до інструкцій і рекомендацій Сервісної служби або Страховика.

Медичні послуги Застрахованій особі надаються у медичному закладі, передбаченому договором страхування.

При зверненні Застрахованої особи до медичного закладу за направленням Сервісної служби, обов'язково необхідно мати при собі документи, що дозволяють ідентифікувати Застраховану особу.

У разі необхідності отримання медичних послуг у медичному закладі, не передбаченому договором страхування, Застрахована особа повинна повідомити про це Страховика та/або Сервісну службу упродовж однієї доби, і узгодити обсяг та вартість необхідних медичних послуг до моменту їх отримання.

У випадках неможливості надати необхідну медичну послугу Застрахованій особі у медичному закладі, передбаченим договором страхування, Сервісна служба сприяє організації надання медичних послуг в іншому медичному закладі, при цьому вибір медичного закладу здійснюється Сервісною службою.

У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин (у випадку невідкладного стану Застрахованої особи) не змогла

зв'язатись із Сервісною службою та/або Страховиком для отримання необхідних медичних послуг і була змушена самостійно оплатити вартість наданої їй невідкладної допомоги, вона повинна при першій же можливості (але не пізніше 48 годин з моменту настання події) повідомити Сервісну службу та/або Страховика про факт звернення за медичними послугами і про суму своїх витрат. При цьому вартість медичних послуг та/або медикаментів сплачується Страховиком тільки у випадках невідкладної допомоги.

Якщо інше не передбачено договором страхування, при настанні страхового випадку, у разі самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) медичних послуг, подати письмову заяву на страхову виплату і документи, зазначені у п. 11.2 цих Правил:

не пізніше 30 робочих днів з дати виписки зі стаціонару;

не пізніше 30 робочих днів з дати сплати наданих медичних послуг.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

Страхова виплата в рахунок оплати медичних або інших передбачених цими Правилами та договором страхування послуг, організованих Сервісною службою та/або Страховиком для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків Сервісною службою.

Документи, що надаються Застрахованою особою для підтвердження факту настання страхового випадку та суми витрат у разі самостійної оплати Застрахованою особою медичних послуг, передбачених цими Правилами та договором страхування:

письмова заява про страхову виплату (встановленої Страховиком форми);

договір страхування

медична довідка (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;

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 Програмою (розрахунково-касові документи, товарні чеки, фіскальні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції тощо);

копія ліцензії, копія 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 від 0 до 16 років - свідоцтво про народження дитини, паспорт та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків/опікунів.

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.

ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ЗБИТКІВ ТА ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

Страхова виплата в рахунок оплати витрат на медичні послуги, передбачених цими Правилами та договором страхування, організованих Сервісною службою для Застрахованої особи, здійснюється Страховиком без участі Застрахованої особи на підставі виставлених Страховику рахунків Сервісною службою.

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.

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.

При настанні страхового випадку, у разі самостійної оплати Страхувальником (Застрахованою особою) вартості медичних або інших послуг, передбачених договором страхування, якщо Застрахована особа узгодила суму витрат із Сервісною службою, витрати Застрахованої особи відшкодовуються Страховиком після розгляду оригіналів документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та суму витрат.

Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування, не більш ніж за 10 (десять) календарних днів після закінчення дії договору страхування, за умови, що такі витрати не виходять за межі страхової суми (граничної суми виплати), якщо лікування Застрахованої особи розпочато у стаціонарі медичного закладу в період дії договору страхування і на дату закінчення строку дії договору страхування її стан потребує невідкладної медичної допомоги.

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

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.

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 витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичних або інших послуг, передбачених цими Правилами та договором страхування, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не повинна перевищувати дійсних витрат. При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним договором страхування.

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 ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

Страховик приймає рішення про виплату або відмову у страховій виплаті впродовж 20 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 ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ

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.

Отримання Страхувальником відшкодування збитків у повному обсязі від особи, винної в їх заподіянні.

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

У випадках самостійного, без узгодження із Сервісною службою або Страховиком, звернення Застрахованої особи за медичною допомогою до лікувально-профілактичних закладів, за винятком випадків, пов'язаних із наданням невідкладної медичної допомоги Застрахованій особі.

Порушення Застрахованою особою рекомендацій лікаря або Сервісної служби.

Несвоєчасне надання Страхувальником/Застрахованою особою письмової заяви на страхову виплату і документів (відповідно до п. 10.7 цих Правил) на здійснення страхової виплати відповідно до п. 12.2 цих Правил.

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 або нещасного випадку.

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 20