

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
рішення Правління ПАТ «НАСК «ОРАНТА»  
«14» січня 2016 року № 01  
Голова Правління  
\_\_\_\_\_ Грищенко В.М.

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**МЕДИЧНИХ ВИТРАТ**  
**№ 113 (нова редакція)**

**КИЇВ 2016**

## **ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

Ці Правила добровільного страхування медичних витрат (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) укладає договори добровільного страхування медичних витрат (далі - договори страхування) з юридичними особами або 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, який уклав договір страхування на свою користь, набуває прав і обов'язків Застрахованої особи згідно з договором страхування.

За цими Правилами Застрахованими можуть бути особи, що є резидентами та нерезидентами України.

Страхувальник має право при укладанні договору страхування за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувача – особу, яка має право отримати страхову виплату, а також замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено умовами договору страхування.

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:

Близькі родичі Застрахованої особи - його (її) жінка (чоловік), діти (в тому числі - всиновлені), його (її) матір, батько (матір, батько його (її) жінки, чоловіка), рідна сестра чи брат, також інші особи, які спільно проживають із Застрахованою особою, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки.

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.

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.

Сервісна компанія (служба) — асистанська компанія, що діє від імені та за дорученням Страховика щодо забезпечення надання медичних та інших послуг (допомоги) 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 - заклад системи охорони здоров'я або приватний медичний заклад (особа), що має відповідну ліцензію, із яким Страховиком або Сервісною службою укладена угода про надання медичних послуг Застрахованим особам.

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 спрямований на ліквідацію загрози життю та запобігання подальших ушкоджень.

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

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 (за винятком харчової токсикоінфекції).

До зовнішніх факторів можуть бути віднесені: стихійні явища (лиха), 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, отруйних комах чи змій, які потребують невідкладної медичної допомоги.

Розлад здоров'я – захворювання або травматичне ушкодження, що виникло у Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

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.

## **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям Застрахованої особи та медичними витратами Застрахованої особи, а також її додатковими витратами, які безпосередньо пов'язані з настанням страхового випадку.

## **СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

Відповідно до цих Правил страховим ризиком є захворювання та/або нещасний випадок Страхувальника (Застрахованої особи) і звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до медичного закладу та/або Сервісної служби за медичною допомогою внаслідок:

інфекційних і паразитарних хвороб;

новоутворень;

хвороб ендокринної системи;

хвороб крові і кровотворних органів;  
хвороб нервової системи та органів чуття;  
хвороб системи кровообігу;  
хвороб органів дихання;  
хвороб органів травлення;  
хвороб сечостатевої системи;  
ускладнень вагітності;  
хвороб шкіри та підшкірної клітковини;  
хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини;  
нещасного випадку.

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.

Згідно з цими Правилами договори страхування укладаються на випадок таких подій:

виникнення у Застрахованої особи будь-якого захворювання з класу хвороб, визначених в пп. 3.1.1 – 3.1.12 або настання нещасного випадку, що потребує амбулаторного та/або стаціонарного лікування - Програма „А”;

виникнення у Застрахованої особи будь-якого захворювання з класу хвороб, визначених в пп. 3.1.1 – 3.1.12 або настання нещасного випадку - Програма „В”;

амбулаторно-поліклінічне лікування Застрахованої особи - Програма „С” «Амбулаторно-поліклінічна допомога»:

консультативно-діагностична та лікувальна допомога;

лабораторні та інструментальні методи обстеження;

комплексне диспансерне обслуговування;

реабілітаційні заходи;

стаціонарна медична допомога у разі хвороби та/або нещасного випадку - Програма „ D” «Стаціонарна допомога»;

невідкладна медична допомога (цілодобова) виїзних загально-профільних та спеціалізованих бригад (кардіологічних, неврологічних та інших) - Програма „Е” «Швидка медична допомога»;

стоматологічна допомога, включаючи терапевтичне та хірургічне лікування, діагностику - Програма „F” «Стоматологія»;

оплата лікарських препаратів та засобів лікування - Програма „J” «Аптека»;

виявлення уперше в житті у Застрахованої особи нижчезазначених тяжких захворювань - Програма "H" «Страхування на випадок тяжких захворювань»:

захворювання серцево-судинної системи: інфаркт міокарда, хвороби серця, що потребують застосування аорто-коронарного шунтування. Виключенням є хвороби, що потребують проведення балонної ангіопластики, лазерної або інших неінвазивних процедур;

захворювання нервової системи: гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт). Виключенням є транзиторна ішемічна атака;

злоякісні новоутворення;

захворювання, що потребують пересадки життєво важливих органів. Операції з пересадки серця, легенів, печінки, нирки, підшлункової залози або кісткового мозку;

хронічна ниркова недостатність, що потребує регулярного ниркового діалізу та/або трансплантації нирки.

Смерть Застрахованої особи внаслідок подій, визначених пп.3.1 що передбачена договором страхування як страховий випадок.

Подія, передбачена п.3.4 цих Правил визнається страховим випадком, якщо вона сталася протягом 1 (одного) року з дня настання страхового випадку, який мав місце під час дії договору страхування та має причинно-наслідковий зв'язок з цим страховим випадком, якщо інше не передбачено договором страхування.

Відповідно до цих Правил договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх, одного або декількох ризиків, зазначених у пп.3.1 цих Правил.

Договором страхування може бути передбачено страхування на випадок настання всіх, однієї або декількох страхових подій, зазначених у п.3.3 цих Правил.

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 п.3.3 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**

Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за подіями, якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані із:

хворобами, виявленими до початку дії договору страхування;

захворюваннями, пов'язаними з епідеміями;

вживанням Застрахованою особою лікарських препаратів без призначення лікаря, самолікуванням або лікуванням особою, що не має таких повноважень, окрім випадків, якщо застосування Застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб;

перебуванням Застрахованої особи у стані алкогольного сп'яніння, токсичного впливу 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;

діагностикою та лікуванням, призначеними та здійсненими особою, з якою Страхувальник (Застрахована особа) перебуває у родинних стосунках;

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

навмисним заподіянням Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;

діями Застрахованої особи, направленими на невиправданий ризик (за винятком випадків рятування життя іншої особи);

участю Застрахованої особи у парі;

керуванням Застрахованою особою будь-якими засобами наземного, водного або повітряного транспорту без належної підготовки та посвідчення на право керування або передачею керування особі, яка не має належної підготовки та посвідчення чи перебувала у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, під дією снодійних препаратів чи транквілізаторів;

польотами на будь-яких літальних апаратах, за винятком випадків, коли Застрахована особа летить як пасажир у цивільному літаку, власник якого має ліцензію на пасажирські перевезення;

лікуванням дермато-венеричних та інших інфекційно-вірусних захворювань, що передаються статевим шляхом;

лікуванням будь-яких опортуністичних хвороб Застрахованої особи, пов'язаних з ВІЛ інфекцією;

смертю Застрахованої особи, що є наслідком СНІДу;

будь-якими послугами з наданням Застрахованій особі додаткового комфорту: лікарняні палати підвищеного комфорту, забезпечення телевізором, радіоприймачем, телефоном, кондиціонером або іншою побутовою технікою, надання послуг перукаря, косметолога, масажиста тощо;

усуненням косметичних дефектів, проведенням пластичної, косметичної, ортопедичної хірургії, за винятком відновлення і (або) корекції після нещасного випадку, що відбувся в період дії договору страхування;

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

Якщо інше не передбачено договором страхування, Страховик не несе відповідальності і не здійснює страхових виплат за витрати:

якщо вони прямо чи опосередковано пов'язані зі стихійним лихом (явищем), безпосереднім або опосередкованим впливом воєнних дій будь-якого роду, релігійних, громадянських заворушень та страйків, будь-якими терористичними діями або будь-якими іншими діями з політичних мотивів незалежно від того, брала в них участь Застрахована особа чи ні, крім випадків, якщо Застрахована особа потрапила на територію держави до моменту початку такої дій або стихійного лиха (явища);

після будь-яких травматичних ушкоджень та їх наслідків під час занять ризиковими видами спорту (пірнання, стрибки з парашутом, дельтапланеризм, авто- і мотогонки, гірськолижний

спорт, скелелазіння, альпінізм);

на лікування захворювань чи травм, що виникли внаслідок дії бактеріологічного, хімічного забруднення, радіоактивного чи іншого іонізуючого випромінювання.

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, групою страхових ризиків, 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, страховими випадками, за окремими медичними витратами або за групою таких витрат.

Договором страхування може бути передбачена франшиза.

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 2 до цих Правил, з урахуванням ступеня 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.

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



Страховальник заявив про настання страхового випадку. У такому разі Страховик має право вимагати від Страховальника 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 Страховальник 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 Страховальник 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 Страховальника (Застрахованої особи) чи його уповноваженого представника: довіреність або інший документ, що свідчить про наявність та обсяг повноважень представника Страховальника.

Якщо після укладення договору страхування буде встановлено, що Страховальник навмисно надав Страховику неправдиві відомості про обставини, зазначені у п.8.2 цих Правил, та/або свідомо приховав від Страховика обставини, що мають істотне значення для визначення ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити Страховальнику у страховій виплаті.

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

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

## **ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

**Страховальник має право:**

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

Ініціювати внесення змін до договору страхування;

Розірвати договір страхування згідно із законодавством України;

Одержати дублікат договору страхування у разі його втрати.

### **Страховальник 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 лікування та інших 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 Страховальником, а також виконання (дотримання) умов договору страхування.

З'ясовувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі подані Страховальником 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 Страховальника додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

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

На дострокове припинення дії договору страхування згідно із законодавством України.

### **Страховик зобов'язаний:**

Ознайомити Страховальника 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 (як тільки стане можливим) із Страховиком та/або Сервісною службою за вказаними у договорі страхування телефонами і повідомити таку інформацію: номер договору страхування; прізвище та ім'я Застрахованої особи; місце перебування та контактний телефон; докладний опис обставин, що склалися, та характер необхідної допомоги.

Узгодити зі Страховиком та/або Сервісною службою всі дії з отримання невідкладної допомоги та діяти у відповідності до інструкцій і рекомендацій Сервісної служби або Страховика.

Ужити усіх можливих заходів з метою запобігання або зменшення збитків.

У випадку, якщо Застрахована особа (особисто або через свого представника) з об'єктивних та поважних причин не змогла зв'язатись із Сервісною службою та Страховиком для отримання необхідної допомоги та була змушена самотійно оплатити вартість наданої їй медичної допомоги, вона повинна самотійно або через довірену особу, як стане можливо, але не пізніше 3 робочих днів повідомити Страховика або Сервісну службу про факт настання страхового випадку, якщо інше не зазначено у договорі страхування.

Подати письмову заяву про страховий випадок (за встановленою Страховиком формою) не пізніше 3 робочих днів від дня настання страхового випадку, якщо інше не передбачено договором страхування. Якщо з поважних причин Страхувальник чи його представник не змогли подати Страховику заяву про страховий випадок у встановлений договором страхування строк, вони зобов'язані підтвердити це документально.

У разі настання страхового випадку за ризиком нещасний випадок відповідно до п. 3.1.13 цих Правил, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані повідомити компетентні органи, офіційні державні та відомчі органи, організації (служба швидкої медичної допомоги, органи пожежної охорони, відомчі аварійні служби тощо) за місцем настання події та забезпечити наявність документів, що підтверджують настання 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 або його представник (довірена особа) зобов'язані, якщо інше не передбачено договором страхування, крім заяви, надати Страховику достовірну інформацію і документи, необхідні для підтвердження факту, причин та обставин настання страхового випадку і визначення розміру страхової виплати, а саме:

договір страхування;

документи, що підтверджують настання страхового випадку (оригінали або завірені відповідними медичними установами або представником Страховика копії), зокрема:

заяву про страхову виплату із зазначенням обставин настання та характеру страхового випадку від особи, яка визначена у договорі страхування для отримання страхової виплати;

медичну довідку (витяг з історії хвороби) із зазначенням прізвища пацієнта, точного діагнозу, дати звернення за медичною допомогою, тривалості та опису проведеного лікування, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу, листок непрацездатності 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;

документи, що підтверджують факт оплати за медикаменти, надані за медичні та інші послуги, передбачені договором страхування (розрахунково-касові документи, товарні чеки, розписки про отримання грошей, банківські квитанції тощо);

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

у разі смерті Застрахованої особи - оригінал свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

документи про правонаступництво або документ, що підтверджує право на спадщину (для спадкоємців);

для дітей віком від 1 до 16 років - свідоцтво про народження дитини, копії паспорта і довідки про присвоєння ідентифікаційного номера одного з батьків /опікунів;

при настанні нещасного випадку:

акт про нещасний випадок на виробництві, якщо такий мав місце;

довідки та інші документи компетентних органів (органи МВС, пожежної охорони тощо), що підтверджують факт і обставини настання нещасного випадку;

у разі наявності кримінального провадження у зв'язку з подією, яка призвела до страхового випадку - документи слідчих та судових органів щодо стану кримінального провадження.

Умовами договору страхування може бути передбачена необхідність подання інших документів, що підтверджують факт 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. Страховик робить копії наданих Страхувальником документів і долучає їх до справи з урегулювання страхового випадку, а оригінали повертає особі, що надала документи.

## **ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ ЗБИТКІВ ТА ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

Розмір страхової виплати становить:

За програмою "А":

у разі амбулаторного та/або стаціонарного лікування Застрахованої особи, Страховик здійснює страхову виплату у розмірі від 0,05% до 0,5% страхової суми за кожний день непрацездатності, але не більше 25% від страхової суми за одним страховим випадком;

За програмою "В":

у разі виникнення у Застрахованої особи захворювання або при настанні нещасного випадку Страховик здійснює страхову виплату у розмірі від 5% до 100% страхової суми за одним страховим випадком.

У разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання або настання нещасного випадку Страховик здійснює страхову виплату у розмірі 100 % страхової суми (граничної суми виплат).

Визначення розміру страхової виплати за програмами „С”, „D”, „Е”, „F”, „J”:

За цими програмами страхова виплата здійснюється в рахунок оплати медичних послуг, передбачених цими Правилами та договором страхування, організованих Сервісною службою для Застрахованої особи через Сервісну службу, яка є представником Страховика, безпосередньо на рахунок медичної або іншої установи, що надала ці послуги.

Підставою для оплати є рахунок від фахівця, закладу, установи за надані Застрахованій особі медичні послуги разом із документами, що обґрунтовують причини звернення за такими послугами.

Розрахунки між Страховиком і Сервісною службою за надані Застрахованій особі медичні послуги здійснюються відповідно до умов і строків, передбачених договором між Страховиком та Сервісною службою.

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

За Програмою "Н" у разі настання страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату у розмірі 100 % страхової суми.

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

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 повинен перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування.

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.

Розрахунок розміру страхової виплати здійснюється за середньоринковими цінами і тарифами, які діяли у місцевості настання страхового випадку на дату настання страхового випадку відповідно до умов, визначених договором страхування, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медичних послуг, що зазначені у пп. 3.3.3 – 3.3.7, п. 12.2 цих Правил, 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.

Договором страхування можуть бути передбачені інші розміри страхових виплат.

## **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 (Вигодонабувача) 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. 6.7 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.

Навмисного подання Страхувальником 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.

Несвоєчасне повідомлення Страхувальником про настання страхового випадку без поважних на те причин або створення Страховиком 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 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 на підставі статті 615 Цивільного кодексу України, 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 наступний) страховий платіж не був сплачений на письмову вимогу 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 його 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 передбачуваного 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 та 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 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 та 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**

Ці Правила регламентують загальні умови страхування. Однак за згодою Сторін, виходячи з умов страхування та оцінки ризику, до договору страхування можуть бути внесені додаткові застереження, доповнення чи уточнення положень цих Правил, які не суперечать нормативним актам та законодавству України.

Узгоджені Сторонами положення договору страхування мають перевагу над загальними положеннями цих Правил.

Права та обов'язки Страховика і Страхувальника, підстави для відмови у страховій виплаті, зазначені у цих Правилах, але не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх поширення на сторони договору страхування, повинні бути передбачені договором страхування.



