

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

наказ Голови Правління

ПАТ «НАСК «ОРАНТА»

«16» травня 2017 року № 182

Голова Правління

Грищенко В.М.

---

**ДОДАТОК 4**  
**ДО ПРАВИЛ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕД ТРЕТІМИ ОСОБАМИ**

[крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)]

**№ 102 (нова редакція)**

**ДОДАТКОВІ УМОВИ**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ**  
**МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

м. Київ – 2017

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Ці Додаткові умови добровільного страхування професійної відповідальності медичних працівників (далі – Додаткові умови) розроблені відповідно до Цивільного кодексу України, Закону України «Про страхування» та інших законодавчих актів України і є Додатком 4 до Правил добровільного страхування відповідальності перед третіми особами [крім цивільної відповідальності власників наземного транспорту, відповідальності власників повітряного транспорту, відповідальності власників водного транспорту (включаючи відповідальність перевізника)] № 102 (нова редакція) (далі – Правила).

ПУБЛІЧНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО «НАЦІОНАЛЬНА АКЦІОНЕРНА СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ОРАНТА» (далі – Страховик) відповідно до цих Додаткових умов укладає договори добровільного страхування професійної відповідальності медичних працівників (далі – договори страхування) з юридичними особами та дієздатними фізичними особами (далі – Страхувальник).

Страхувальниками за цими Додатковими умовами визнаються:

юридичні особи, які належним чином зареєстровані та отримали ліцензію на медичну практику в порядку, передбаченому чинним законодавством України;

дієздатні фізичні особи, які мають відповідну медичну кваліфікацію (відповідний диплом та/або сертифікат) та отримали відповідну ліцензію на медичну практику в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування відповідно до умов договору страхування потерпілій Третій особі та/або Страхувальнику, а Страхувальник зобов'язується вносити страхові платежі у визначені строки і дотримуватись інших умов 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 Додатковими умовами, якщо такі положення відповідають цим Додатковим умовам і не суперечать законодавству України.

У цих Додаткових умовах терміни та визначення вживаються у таких значеннях:

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

Страховий платіж (страхова премія) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з умовами договору страхування.

Франшиза – визначена умовами договору страхування частина збитку, що не відшкодовується Страховиком. Франшиза може встановлюватися як в абсолютному розмірі, так і у відсотках страхової суми.

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

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулася, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхового відшкодування.

Особи, відповідальність яких застрахована – це особи, що залучені Страхувальником для надання професійних медичних послуг та які при цьому діють в межах своєї кваліфікації та які зазначені у договорі страхування.

Потерпіла (далі – Третя особа) – особа, яка безпосередньо отримує або отримала професійні медичні послуги від Страхувальника/особи, відповідальність якої застрахована, та якій в результаті цих послуг завдана шкода (збитки).

Члени родини Страхувальника – дружина або чоловік Страхувальника, діти (в тому числі усиновлені), батьки, баба, дід, брати (сестри), онуки як Страхувальника, так і його дружини або чоловіка та інші утриманці Страхувальника, а також особи, що спільно проживають зі Страхувальником і мають спільне господарство.

Працівники Страхувальника – штатні працівники Страхувальника (робітники, службовці), які уклали трудові договори зі Страхувальником.

## **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з відшкодуванням шкоди, заподіяної Страхувальником або іншою особою, цивільна відповідальність якої застрахована, життю, здоров'ю, працездатності, майну Третіх осіб внаслідок здійснення професійної медичної діяльності.

## **СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

Страховими ризиками за цими Додатковими умовами є:

настання відповідальності Страхувальника за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю, працездатності Третіх осіб внаслідок здійснення ним професійної медичної діяльності;

настання відповідальності Страхувальника за шкоду/збиток, заподіяний майну Третіх осіб внаслідок здійснення ним професійної медичної діяльності.

Під шкодою, заподіяною життю, здоров'ю, працездатності Третіх осіб, в цих Додаткових умовах розуміється будь-яка шкода життю та/або здоров'ю Третьої особи (в тому числі захворювання або смерть, тілесне, психічне ушкодження), заподіяна у результаті неякісного надання медичної допомоги, зокрема професійної недбалості, дій, бездіяльності, ненавмисних помилок або упущень Страхувальника:

при визначенні діагнозу, необґрунтованому (без достатніх показань або при наявності протипоказань) проведенні лікування, виборі помилкової методики (тактики) лікування, що призвела до погіршення стану Третьої особи, ускладненню захворювання або продовженню строків лікування;

при передчасному (з клінічної точки зору) припиненні лікування в амбулаторних або стаціонарних умовах (крім документально оформлених випадків припинення лікування за ініціативою Третьої особи або її родичів);

при виконанні діагностичних, профілактичних, реабілітаційних заходів (досліджень, консультацій, процедур, маніпуляцій, призначень лікарських засобів та інше);

при проведенні хірургічної операції;

при здійсненні догляду за Третіми особами;

при проведенні медичної експертизи;

в результаті недоліків та/або дефектів медичного обладнання, використовуваного Страхувальником при лікуванні та здійсненні професійної медичної діяльності.

Договором страхування може бути передбачено страхування як за окремим страховим ризиком, так і за групою страхових ризиків.

Страховим випадком є передбачена цими Додатковими умовами і договором страхування подія, що відбулася, а саме – визнаний державними органами, судом або самим Страхувальником (за письмовим погодженням зі Страховиком) факт настання відповідальності останнього за шкоду/збиток, завданий життю, здоров'ю, працездатності, майну Третіх осіб внаслідок здійснення ним професійної медичної діяльності, а також інших збитків, що належним чином зазначені в договорі страхування, за наявності причинно-наслідкового зв'язку між дією або бездіяльністю Страхувальника або особи, відповідальність якої застрахована, і заподіяною ним шкодою/збитком.

Факт заподіяння шкоди/збитку Третім особам має бути підтверджений судовим рішенням або обґрунтованою (попередньо узгодженою Страхувальником зі Страховиком) майновою претензією, офіційно пред'явленою Страхувальнику Третьою особою.

Усі претензії, позови та вимоги незалежно від їх кількості, що пред'явлені Страхувальнику за однією подією, відносяться до одного страхового випадку.

Заподіяння шкоди/збитку декільком Третім особам унаслідок впливу ряду послідовно (або одночасно) виниклих подій, викликаних однією і тією ж причиною, розглядається як один страховий випадок. Усі вимоги про відшкодування шкоди/збитку, заявлених внаслідок таких подій, будуть вважатися заявленими в той момент, коли перша з цих вимог заявлена по відношенню до Страхувальника.

Страховик визнає подію страховим випадком, якщо вимога, позов, претензія щодо відшкодування шкоди/збитків, завданих Страхувальником, висунуті у межах строків позовної давності, визначених законодавством України. Строк позовної давності визначається згідно з Цивільним кодексом України та законодавством. Позовна давність – це строк, у межах якого Третя особа може звернутися до суду з вимогою про захист свого цивільного права або інтересу.

Страховик не несе відповідальності за вимогами, позовами, претензіями, пред'явленими за подією, що сталася:

до початку чи після закінчення дії договору страхування;

до початку чи після закінчення дії відповідної ліцензії Страхувальника.

За згодою сторін умови страхування можуть бути змінені, доповнені або замінені іншими загальноприйнятими в міжнародній страховій практиці, якщо це не суперечить законодавству України.

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

Не підлягають відшкодуванню витрати, викликані або пов'язані з задоволенням вимог:

- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок здійснення Страхувальником діяльності іншої, ніж професійна медична діяльність, що зазначена у договорі страхування;
- про відшкодування шкоди/збитків, заподіяних внаслідок професійної медичної діяльності під час захоплення, арешту Страхувальника, його працівників та/або членів сім'ї;
- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок порушення Страхувальником вимог і умов професійної діяльності відповідно до ліцензії на медичну практику, дії та будь-які зобов'язання поза межами відповідної ліцензії та/або своєї кваліфікації;
- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок використання Страхувальником у лікувальному процесі донорської крові, що не має сертифіката встановленого зразка, а також лікарських препаратів, імплантів, протезів та інших пристроїв, термін придатності яких минув;
- про відшкодування шкоди/збитків, пов'язаних з генетичними змінами в організмах людей;
- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок надання Страхувальником Третій особі рецепту на вживання або постачання будь-якої речовини, медичного препарату, наркотиків, інтоксикантів, тощо, встановлення імплантів, протезів та інших пристроїв, у випадках, коли такий рецепт, вживання, постачання або встановлення заборонені законодавством або уповноваженими державними органами, а також, коли такі речовини, препарати, тощо не сертифіковані на території України;
- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок порушення Страхувальником нормативних документів, що встановлюють порядок використання медичного інструмента одноразового користування, а також порушення правил та норм використання медичного обладнання (техніки);
- про відшкодування шкоди/збитку внаслідок будь-якого лікування, медичної послуги, медичної процедури, якщо таке лікування, послуга, процедура та/або їх здійснення з боку або від імені Страхувальника заборонені законодавством або розпорядженнями Міністерства охорони здоров'я або інших уповноважених державних органів;
- про відшкодування шкоди, завданої життю, здоров'ю, працездатності Третіх осіб унаслідок зараження їх Страхувальником СНІДом (захворюванням, що відноситься до комплексу СНІД) або будь-яким вірусом (наприклад: гепатит);
- пред'явлених членами сім'ї та/або працівниками Страхувальника;
- про відшкодування шкоди/збитку, що стався внаслідок розголошення або використання Страхувальником (працівниками Страхувальника) комерційної таємниці або конфіденційної інформації в особистих цілях, отриманої ним від Третьої особи при здійсненні медичної діяльності;
- про відшкодування шкоди/збитку, що стався внаслідок втрати або загибелі будь-якого носія інформації, письмовим, друкованим або відтвореного будь-яким іншим способом документа, а також інформації, накопиченої комп'ютерним методом, баз даних;
- про відшкодування шкоди/збитків, що виникли внаслідок впливу азбесту, азбестоволокна або інших продуктів, що містять азбест, а також діетилстиролу, діоксину, мочевинового формальдегіду і радіоактивних ізотопів.

Не визнаються страховим випадком і виплата страхового відшкодування не здійснюється у разі заподіяння шкоди/збитків Третій особі внаслідок або під час:

будь-якого роду військових дій, маневрів чи інших військових заходів і їх наслідків, путчів, заколотів, терористичних актів, громадянської війни, народних хвилювань, страйків,

несанкціонованих зборів прямих або побічних наслідків актів тероризму;  
впливу радіоактивного або іншого іонізуючого випромінювання, у тому числі виділюваного радіоактивними речовинами альфа-, бета- або гама- випромінювання, нейтронів; випромінювання, що виходить від прискорювачів заряджених часток, оптичних (лазери), хвильових (мазери) або аналогічних квантових генераторів, а також генераторів НВЧ;  
дій або бездіяльності Страхувальника (його працівників), за які чинним законодавством передбачена кримінальна відповідальність;  
дій або бездіяльності Страхувальника, членів його сім'ї та/або його працівників, які здійснені в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння;  
здійснення Страхувальником професійної медичної діяльності за межами території страхування, зазначеної в договорі страхування;  
навмисних дій або бездіяльності Третьої особи, що призвели до настання страхового випадку (в т.ч. недотримання або порушення Третьою особою встановлених Страхувальником лікувальних призначень та рекомендацій; письмової відмови Третьої особи (її законних представників) від надання Страхувальником медичних послуг);  
порушення встановленого законодавством порядку трансплантації органів або тканин людини, що вилучені у Третьої особи шляхом примусу або обману, з метою їх трансплантації, торгівлі органами або тканинами людини;  
невиконання Страхувальником розпоряджень відповідних наглядових органів по усуненню порушень порядку організації лікувального процесу, зберігання лікарських препаратів, експлуатації медичного обладнання, будівель, споруд та інженерних комунікацій;  
експлуатації Страхувальником (його працівниками) будь-якого виду транспортного засобу;  
пред'явлення претензії (позову) Третьої особи внаслідок сексуального збочення або будь-якої іншої дії Страхувальника (його працівників), що містить склад правопорушення проти моральності та інших етичних норм.

Якщо інше не обумовлено договором страхування, Страховик не відшкодовує:

моральної (не майнової) шкоди, завданої особистим не майновим правам Третіх осіб, у тому числі шкоди, заподіяної діловій репутації Третьої особи;  
шкоди/збитків, заподіяних унаслідок проведення Страхувальником випробувальних та експериментальних операцій, лікування, тощо;  
косметичні та інші естетичні недоліки, недосягнення відповідності медичного прогнозу лікування та результату, незадоволення Третьою особою естетичними результатами хірургічних операцій і інших медичних маніпуляцій;  
ускладнення здоров'я Третьої особи, які виникли в результаті медичного втручання та були зазначені в договорі з Третьою особою про надання медичних послуг;  
пред'явлення Третіми особами претензії (позову) поза межами позовної давності та строків, встановлених нормативно-правовими актами, умовами договору про надання медичних послуг;  
компенсацію витрат Страхувальника на юридичні послуги у разі кримінального провадження, пов'язаного із здійсненням професійної медичної діяльності, за умови, коли таке кримінальне провадження може призвести до пред'явлення претензії (позову) Третьої особи (настання страхового випадку);  
претензії (позови) Третіх осіб щодо повернення коштів, сплачених за надання медичних

послуг;

шкоди/збитків, що завдані Третій особі, у зв'язку з пошкодженням, знищенням або псуванням предметів, які Страхувальник взяв в оренду, найм, прокат, лізинг, заставу або взяв на зберігання за договором як додаткову послугу;

шкоди/збитків, завданих діями Страхувальника навколишньому середовищу.

Страховик не відшкодовує:

фінансових збитків, пов'язаних з упуцненням Третьою особою доходів, прибутків (упущена вигода);

неустойок (штрафів, пені) та інших фінансових, адміністративних санкцій за невиконання або неналежне виконання Страхувальником своїх договірних зобов'язань;

шкоди/збитків, заподіяних унаслідок виконання Страхувальником гарантійних зобов'язань.

Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків і обмеження страхування.

### **ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ**

Страхова сума – визначена договором страхування грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити виплату страхового відшкодування при настанні страхового випадку.

Розмір страхової суми встановлюється за згодою між Страхувальником та Страховиком і зазначається у договорі страхування.

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

Договором страхування можуть бути передбачені страхові суми, що є граничними зобов'язаннями Страховика (ліміти відповідальності Страховика) за окремим страховим випадком, на одну Третю особу, на групу Третіх осіб або на інших умовах, зазначених у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачено відшкодування додаткових витрат на юридичні та інші послуги, пов'язані з усуненням наслідків страхового випадку, але не більше ніж 20% страхової суми, зазначеної у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачена страхова сума на відшкодування витрат на експертизу з метою визначення причин і наслідків страхового випадку та визначення розміру шкоди/збитків, завданих Третій особі, у розмірі не більш ніж 20% страхової суми, зазначеної у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачена франшиза, яка зазначається у договорі страхування.

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

Встановлена за договором страхування безумовна франшиза завжди вираховується із суми збитку за кожним страховим випадком.

При встановленні за договором страхування умовної франшизи збитки, які не перевищують встановленої умовної франшизи, не відшкодовуються Страховиком і відшкодовуються у повному обсязі, якщо їх розмір перевищує умовну франшизу.

## **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 цих Додаткових умов, 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 сплатити 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 години дня, до якого Страхувальник мав сплатити наступну частину страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, Страхувальник втрачає право на сплату страхового платежу частинами, якщо до сплати наступної частини страхового платежу Страхувальник заявив про настання страхового випадку. У такому разі Страховик має право вимагати від Страхувальника сплатити 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 страхового платежу, або першої частини страхового платежу (у разі якщо відповідно до умов договору страхування страховий платіж сплачується частинами), 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 в заяві на страхування, а саме:

ліцензії на медичну практику;

довідки про чисельність лікарів і середнього медичного персоналу по кожній лікарській спеціальності із зазначенням їх кваліфікації та стажу роботи по спеціальності;

довідки про чисельність населення, прикріпленого до лікувальної установи;

форми типових договорів на надання медичної допомоги (послуг);

довідки про обсяг послуг, наданих Страхувальником за попередніх 12 місяців роботи;

документ, що підтверджує реєстрацію юридичної особи/фізичної особи-підприємця, виданого органами державної реєстрації;

дозвіл на встановлення та експлуатацію медичного устаткування з використанням джерел іонізуючого випромінювання;

умови здійснення професійної діяльності; документ, що підтверджує право Страхувальника здійснювати його професійну діяльність;

договором страхування можуть бути передбачені інші обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику;

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

на вимогу Страховика надати додаткову інформацію чи документи, необхідні для оцінки страхового ризику.

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

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 укладання додаткової угоди до договору страхування.

## **ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

### **Страхувальник має право:**

На отримання страхового відшкодування при настанні страхового випадку в порядку, передбаченому договором страхування та цими Додатковими умовами.

Ініціювати внесення змін до договору страхування.

На дострокове припинення дії договору страхування згідно із законодавством України.

На одержання дублікату 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.

Уживати заходи для усунення обставин, що підвищують ступінь ризику.

Якщо інше не передбачено договором страхування, впродовж 3 (три) 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.

Довести до відома осіб, відповідальність яких застрахована за договором страхування, вимоги цих Додаткових умов та договору страхування. Порухення умов договору страхування та цих Додаткових умов особою, відповідальність якої застрахована, розцінюється як порушення умов договору страхування і цих Додаткових умов самим Страхувальником.

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.

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

#### **Страховик має право:**

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

З'ясовувати причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, перевіряти всі надані Страхувальником документи, направляти запити до компетентних органів 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 внесення додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику.

Відмовити у виплаті страхового відшкодування у випадках та в порядку, передбачених цими Додатковими умовами та договором страхування.

На дострокове припинення дії договору страхування згідно із законодавством України.

#### **Страховик зобов'язаний:**

Ознайомити Страхувальника з умовами договору страхування і цими Додатковими умовами.

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

При настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхового відшкодування 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

Страховальника.

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

При настанні страхового випадку Страховальник зобов'язаний:

Не пізніше 24 годин, як тільки стане відомо про настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомити Страховика та/або цілодобову сервісну службу Страховика. Якщо Страховальник або його представник не могли зробити цього з об'єктивних причин, вони повинні повідомити Страховика та/або цілодобову сервісну службу Страховика одразу, як тільки це стане можливим;

ужити всіх можливих заходів щодо запобігання та/або зменшення розміру шкоди/збитків, завданих життю, здоров'ю, працездатності та/або майну Третіх осіб;

якщо інше не передбачено договором страхування, подати письмову заяву про страховий випадок (за встановленою Страховиком формою), не пізніше 3 (три) робочих днів від моменту його настання/моменту, коли Страховальник дізнався про настання страхового випадку. Якщо з поважних причин Страховальник, його представник (довірена особа) не змогли подати Страховику заяву про страховий випадок у встановлений договором страхування строк, вони зобов'язані підтвердити це документально.

У разі пред'явлення Третьою особою вимоги, позову та/або претензії до Страховальника щодо відшкодування шкоди/збитку при настанні страхового випадку, Страховальник зобов'язаний:

не визнавати частково або повністю пред'явлених, у зв'язку з заподіянням шкоди/збитку, вимог, позову та/або претензій без письмового узгодження зі Страховиком;

упродовж 3 (три) робочих днів, якщо інший строк не вказаний у договорі страхування, письмово повідомити Страховика про пред'явлення вимог, позовів та/або претензій та надіслати копії вимог, листів, ухвал суду, позовних вимог, ухвал господарського суду, викликів до суду, повідомлень, судових повісток або будь-яких інших документів, отриманих у зв'язку з вимогою/позовом/претензією;

надати Страховику можливість брати участь у врегулюванні вимоги, позову та/або претензії.

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

Для отримання страхового відшкодування Страховику повинні бути надані такі документи:

#### **Страховальником:**

письмове повідомлення (заява) про страховий випадок (пред'явлення позову/вимоги/претензії про відшкодування завданої шкоди/збитку;

договір страхування;

\*документи, що підтверджують факт настання завданої Третій особі шкоди/збитків, надані компетентними органами, довідки медичної установи про тимчасову або постійну непрацездатність (інвалідність), свідоцтво про смерть, історію хвороби, висновки судово-медичної експертизи, атестаційних комісій, експертів та інші документи на письмову вимогу Страховика;

\*вимога (заява, претензія) Третіх осіб до Страховальника про відшкодування шкоди/збитків;

\*рішення суду, що набуло законної сили, щодо встановлення вини Страховальника;

\*рішення суду, що набуло законної сили, яким визначаються зобов'язання Страховальника

відшкодувати завдану шкоду/збитки Третій особі та розмір завданої шкоди/збитків;

\*перелік знищеного, пошкодженого або втраченого майна Третьої особи із зазначенням його вартості на день події, що має ознаки страхового випадку, документи, які підтверджують необхідні витрати на відновлення, ремонт або заміну майна, та право власності або інший майновий інтерес Третьої особи у відношенні до такого майна;

документи, що підтверджують факт і розмір виплати Страхувальником компенсації шкоди/збитку Третій особі за рішенням суду, що набрало чинності;

інші документи на обґрунтовану письмову вимогу Страховика, необхідні для прийняття рішення про виплату або відмову у здійсненні виплати страхового відшкодування за шкоду/збиток, заподіяний Третій особі, та для розрахунку розміру страхового відшкодування.

\* Вказані документи можуть подаватися безпосередньо Третьою особою.

### **Третьою особою:**

заява про страхову виплату (за встановленою Страховиком формою);

документи, що посвідчують особу Третьої особи (спадкоємця);

у разі втрати Третьою особою працездатності внаслідок страхового випадку – медичний висновок (лікарняний лист, висновок медико-соціальної експертної комісії тощо) та інші документи медичних закладів, що підтверджують тимчасову втрату працездатності Третьої особи; довідки спеціалізованих установ про встановлення групи інвалідності;

інші документи (при необхідності) медичних закладів, які підтверджують фактичні обґрунтовані витрати, пов'язані з доставкою, розміщенням, утриманням, діагностикою, лікуванням та реабілітацією Третьої особи у закладі охорони здоров'я, медичним піклуванням, лікуванням у домашніх умовах та купівлею лікарських препаратів;

у разі смерті Третьої особи – оригінал свідоцтва про смерть та документи про правонаступництво для спадкоємців;

у разі заподіяння Третій особі майнової шкоди/збитку внаслідок здійснення Страхувальником професійної медичної діяльності - документи, що підтверджують розмір завданої шкоди/збитку, зокрема довідка, висновок експерта, що підтверджує розмір заподіяної майнової шкоди/збитку.

Для прийняття обґрунтованого рішення за заявленою подією, з'ясування обставин страхового випадку та встановлення розміру шкоди/збитку Страховик має право:

письмово вимагати подання інших документів, що підтверджують факт і обставини настання страхового випадку;

надсилати запити до правоохоронних органів, медичних установ, інших підприємств, установ та організацій, які володіють інформацією про обставини та причини настання страхового випадку.

Усі документи, перелічені у цьому розділі, повинні бути достовірними, оформленими згідно з вимогами законодавства України і Страховика та засвідчені належним чином. Із наданих документів Страховик робить копії і долучає їх до справи з урегулювання страхового випадку, а оригінали повертає особі, що надала документи.

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

## СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

Виплата страхового відшкодування здійснюється:

Третій особі;

Страхувальнику (особі, відповідальність якої застрахована), але лише у випадку, коли останній відшкодував шкоду/збиток, завданий Третій особі внаслідок здійснення ним професійної медичної діяльності, за рішенням суду, що набрало чинності, або за умови, що таке відшкодування було письмово погоджено зі Страховиком.

Страховик здійснює виплату страхового відшкодування Третій особі або Страхувальнику таким чином:

у разі рішення суду, що набрало чинності і не було оскаржено, щодо відшкодування шкоди/збитку, завданого Третій особі – у розмірі вимог Третьої особи, призначених до виплати таким рішенням, але не більше розміру страхової суми (граничної суми виплати), зазначеної у договорі страхування;

у разі добровільного визнання Страхувальником, за письмовою згодою Страховика вимоги/позову/претензії Третьої особи - у розмірі таких вимог/претензій/позовів (обґрунтованих і підтверджених відповідними документами). При цьому сума виплати на одну Третю особу не може бути більшою відповідної страхової суми, встановленої договором страхування.

У разі добровільного визнання Страхувальником, за письмовою згодою Страховика вимоги/позову/претензії Третьої особи, якщо інше не передбачено договором страхування, розрахунок страхового відшкодування здійснюється за одним із наступних, визначених договором страхування, варіантів:

У разі тимчасової втрати працездатності Третьою особою Страховик виплачує від 0,1% до 1% страхової суми, встановленої на одну Третю особу за кожний день тимчасової втрати працездатності Третьою особою. Розмір відповідальності Страховика за кожний день тимчасової втрати працездатності Третьою особою зазначається у договорі страхування;

У разі стійкої втрати працездатності Третьої особи Страховик виплачує:

від 30% до 80% страхової суми на одну Третю особу – при встановленні Третій особі III групи інвалідності;

від 50% до 90% страхової суми на одну Третю особу – при встановленні Третій особі II групи інвалідності;

від 60% до 100% страхової суми на одну Третю особу – при встановленні Третій особі I групи інвалідності.

При встановленні первинної інвалідності неповнолітній Третій особі розмір страхового відшкодування становить від 80% до 100% страхової суми.

У разі смерті Третьої особи розмір страхового відшкодування становить 100% страхової суми, встановленої на одну Третю особу.

У разі смерті або встановлення інвалідності Третій особі після тимчасової втрати працездатності та отримання Третьою особою частини страхового відшкодування згідно з умовами договору страхування, Третій особі або спадкоємцям виплачується різниця між виплатою, передбаченою в разі встановлення інвалідності або смерті Третьої особи, та здійсненим страховим відшкодуванням.

Договором страхування можуть бути передбачені наступні витрати:

необхідні для відновлення здоров'я Третьої особи, в т.ч. на лікування, придбання ліків, діагностику, протезування, реабілітацію у закладі охорони здоров'я, сторонній догляд тощо, якщо Третя особа потребує такої допомоги і не має права на її безкоштовне отримання. Визначення розміру додаткових витрат проводиться Страховиком на підставі документів компетентних органів (медичні заклади, органи соціального забезпечення, МСЕК) щодо фактів та наслідків заподіяння шкоди здоров'ю, а також з урахуванням документів, що офіційно підтверджують розмір витрат;

витрати на поховання та на спорудження надгробного пам'ятника у разі смерті Третьої особи, які визначаються на підставі документів, що підтверджують такі витрати, і відшкодовуються особі, яка їх зазнала. Якщо інше не визначено договором страхування, загальний розмір такого відшкодування стосовно одного померлого, не може перевищувати 12 мінімальних заробітних плат у місячному розмірі, встановлених законом на день настання страхового випадку.

Порядок визначення розміру шкоди/збитку (інших витрат), заподіяного при настанні страхового випадку, погоджується сторонами і зазначається в договорі страхування.

При заподіянні шкоди/збитку майну Третіх осіб відшкодуванню підлягають прямі збитки Третіх осіб. При цьому розмір збитку визначається:

при повній загибелі або втраті майна – у розмірі його дійсної вартості на дату настання страхового випадку, за вирахуванням вартості залишків, придатних для подальшого використання, якщо інші умови не зазначені у договорі страхування. Повна загибель має місце, якщо відновлення пошкодженого (знищеного) майна неможливе або відновлювальні витрати дорівнюють чи перевищують вартість такого майна на дату настання страхового випадку;

при пошкодженні майна – у розмірі витрат на його відтворення до стану, в якому воно було перед настанням страхового випадку, але не більше суми, необхідної для придбання майна подібного за функціональними та вартісними характеристиками (ідентичного).

Розмір страхового відшкодування не повинен перевищувати розміру прямого збитку, завданого майну Третьої особи.

Якщо після виплати страхового відшкодування з'явилися підстави для виплати у більшому розмірі за цим страховим випадком, то Страховик здійснює страхове відшкодування за вирахуванням попередніх страхових відшкодувань за цим страховим випадком.

Виплата страхового відшкодування здійснюється за вирахуванням франшизи, зазначеної у договорі страхування.

Якщо інше не передбачено договором страхування, якщо загальний розмір шкоди/збитків, заподіяних декільком Третім особам за одним страховим випадком, перевищує розмір страхової суми (граничної суми виплати), то розрахунок страхового відшкодування здійснюється за одним із наступних, визначених договором страхування, варіантів:

першочерговість і розмір суми страхового відшкодування визначається Страхувальником за згодою зі Страховиком (на підставі письмової заяви Страхувальника);

відшкодування шкоди/збитку кожній Третій особі здійснюється в такій же пропорції як відношення розміру спричиненої шкоди/збитку кожній Третій особі до загального розміру шкоди/збитку, спричиненого всім Третім особам;

страхова сума на одну Третю особу визначається шляхом ділення загальної страхової суми (граничної суми виплати) на кількість потерпілих Третіх осіб незалежно від суми шкоди/збитку, заподіяного кожній окремій Третій особі.

Розмір страхового відшкодування визначається і обмежується величиною заподіяної Третій особі шкоди/збитку, але не повинен перевищувати встановлених договором страхування страхових сум (граничної суми виплати).

У тих випадках, коли заподіяний Страхувальником збиток Третій особі відшкодовується іншими особами, Страховик оплачує тільки різницю між сумою відшкодування, що підлягає виплаті за договором страхування, і сумою, компенсованою іншими особами.

Порядок визначення розміру страхового відшкодування при настанні страхового випадку погоджується сторонами і зазначається у договорі 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 страхового відшкодування здійснюється за середньоринковими цінами і тарифами, які діють у місцевості настання страхового випадку на дату настання страхового випадку відповідно до умов, визначених договором страхування.

Якщо це передбачено договором страхування, Страховик відшкодовує Страхувальнику:

фактично понесені ним документально підтверджені витрати на юридичні та інші послуги, пов'язані з усуненням наслідків страхового випадку;

фактично понесені ним документально підтверджені витрати при запобіганні та зменшенні розміру шкоди, при врегулюванні збитків, в разі пред'явлення до нього претензії (позову) Третьої особи;

моральну (не майнову) шкоду в розмірі, визначеному судовим рішенням але не більше розміру страхової суми (ліміту відповідальності Страховика/граничної суми виплати), зазначеної у договорі страхування.

Договором страхування може бути передбачений інший порядок відшкодування майнової, моральної (немайнової) шкоди та витрат Третьої особи.

Загальний обсяг страхових відшкодувань за всіма страховими випадками, що сталися в період дії договору страхування, не повинен перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування.

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

Страхувальник зобов'язаний повернути Страховику виплачену суму страхового відшкодування упродовж 30 (тридцять) робочих днів, якщо протягом встановлених законодавством України строків позовної давності виявиться обставина, яка є підставою для відмови у здійсненні страхового відшкодування.

Якщо на момент страхового випадку щодо предмета договору страхування в частині відшкодування шкоди/збитків Третім особам діяли також інші договори добровільного страхування, то страхове відшкодування, що виплачується всіма страховиками, не повинно перевищувати розміру фактично завданого збитку Третім особам за цим страховим випадком.

При цьому кожний страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за своїм договором страхування.

## **СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

Страховик приймає рішення про виплату або відмову у виплаті страхового відшкодування впродовж 30 (тридцять) робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, що підтверджують факт настання, причини, обставини та наслідки страхового випадку.

Страхове відшкодування здійснюється на підставі заяви на страхову виплату Третьої особи (її спадкоємця) та/або Страхувальника (за умови, що Страхувальник відшкодував шкоду/збиток, завданий Третій особі) і складеного Страховиком страхового акта із визначенням розміру страхового відшкодування; впродовж 15 (п'ятнадцять) робочих днів після прийняття рішення Страховик здійснює виплату страхового відшкодування.

Рішення про відмову у здійсненні страхового відшкодування направляється Страховиком 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 страхове відшкодування з урахуванням умов, зазначених у п. 6.7 цих Додаткових умов.

## **ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

Підставою для відмови Страховика у виплаті страхового відшкодування є:

Навмисні дії Страхувальника та/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 та/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.

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

Інші випадки, передбачені законом.

Не підлягають страховій виплаті претензії, позови та вимоги за шкодою/збитками, що завдані з причин, про які Страхувальнику було відомо до початку дії договору страхування, але про які він не повідомив Страховика.

Умовами договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхового відшкодування.

Відмову Страховика у виплаті страхового відшкодування може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

## **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 за договором страхування 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 календарних 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, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

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, фактичних виплат страхового відшкодування, що були здійснені 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 Додаткових умовах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх поширення на Сторони договору страхування, повинні бути передбачені договором страхування.

PAGE

PAGE 11

