

Затверджено  
наказом Голови Правління  
ПрАТ СК «ІНТЕР-ПОЛІС»  
від 12.08.2020 р. № 31



Голова Правління

В.Л. Савчук

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**(безперервного страхування здоров'я)**  
**(нова редакція)**

№ 03

від 12.08.2020 р.

м. Київ

## ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТА СПЕЦІАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ.....	3
2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	6
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	7
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ.....	7
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	8
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ, СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ І ФРАНШИЗИ.....	12
7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	14
8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	15
9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	16
10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ.....	19
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	21
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	22
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	24
14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	25
15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ.....	26
16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	27
17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	29
18. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	30
19. Додаток 1.....	31
20. Додаток 2.....	33

## 1. ВИЗНАЧЕННЯ ОСНОВНИХ ТА СПЕЦІАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ

1.1. Основні терміни, що використовуються в Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), вживаються у наступному значенні:

<b>Договір страхування</b>	– письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.
<b>Ліміт зобов'язань</b>	– величина, зазначена в Договорі страхування, що не перевищує встановлену в Договорі страхування страхову суму й у межах якої Страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку, що за згодою Сторін Договору страхування може встановлюватися за окремою програмою страхування, окремим видом медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, за одним страховим випадком тощо.
<b>Страховий випадок</b>	– подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.
<b>Страхова виплата</b>	– грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.
<b>Страхова сума</b>	– грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.
<b>Страховий захист</b>	– зобов'язання Страховика, визначені Договором страхування, щодо відшкодування шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку, який стався в обумовлений Договором страхування період часу.
<b>Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)</b>	– плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

- Страховий тариф** – ставка страхового платежу з одиниці страхової суми за визначений період страхування.
- Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.
- Страховик** – ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ІНТЕР-ПОЛІС», створене згідно з Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням умов, передбачених Законом України «Про страхування», а також одержало у встановленому порядку ліцензію на провадження страхової діяльності.
- Страховувальник** – юридична або дієздатна фізична особа, у тому числі фізична особа – підприємець, яка уклала зі Страховиком Договір страхування відповідно до цих Правил страхування.
- Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

1.2. Спеціальні терміни, що використовуються в Правилах добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), вживаються у наступному значенні:

- Асистуюча компанія (Асистанс)** – юридична або фізична особа - підприємець, яка діє від імені та за дорученням Страховика і координує дії Страховувальника (Застрахованої особи) та осіб, які надають послуги Страховувальникові (Застрахованій особі) в разі настання певних подій (страхових ризиків), передбачених Договором страхування, організовує, контролює, оплачує надання таких послуг та (або) виконує інші дії (послуги) від імені та за дорученням Страховика.
- Заклади охорони здоров'я (медичні заклади)** – підприємства, установи та організації тощо, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників (травмпункти, поліклініки, лікарні, медико-санітарні частини, госпіталі, заклади швидкої медичної допомоги, аптеки тощо).
- Медична допомога** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, запобігання захворюванням та

<b>(медико-санітарна допомога)</b>	інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями та на реабілітацію хворих та інвалідів.
<b>Медичні послуги</b>	– консультації спеціалістів, діагностичні процедури та лікувальні маніпуляції, забезпечення медикаментами, а також інші послуги, надання яких передбачене Договором страхування та безпосередньо пов'язане з настанням страхового випадку.
<b>Захворювання (хвороба)</b>	– діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та (або) морфологічними змінами.
<b>Розлад здоров'я</b>	– стан фізичного неблагополуччя, пов'язаний з функціональними та (або) органічними ушкодженнями органів та систем організму.
<b>Гостре захворювання</b>	– раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи та яке, у випадку ненадання медичної допомоги, може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю.
<b>Хронічне захворювання (хронічна хвороба)</b>	– це захворювання (хвороба) з первинним перебігом більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин і органів.
<b>Загострення хронічного захворювання</b>	– це період перебігу хронічного захворювання (хронічної хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, які потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я Застрахованої особи або загрожувати її життю.
<b>Нещасний випадок</b>	– раптова, короткочасна, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи подія, яка відбулася внаслідок впливу різних зовнішніх чинників (фізичних, хімічних, технічних тощо), та призвела до смерті Застрахованої особи, тимчасового або постійного розладу її здоров'я.
<b>Декларація про стан здоров'я</b>	– заява, що подається Страхувальником або Застрахованою особою під час укладення Договору страхування, та містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення

	щодо укладення Договору страхування.
<b>Застрахована особа</b>	– фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з здоров'ям і працездатністю якої, є предметом Договору страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору страхування.
<b>Одержувач страхової виплати</b>	– особа, яка одержує страхову виплату згідно з умовами Договору страхування. Одержувачем страхової виплати може бути Застрахована особа, Страхувальник, медичний заклад, асистуюча компанія.
<b>Програма страхування</b>	– комплекс послуг з медичної допомоги при настанні страхового випадку, який обирається Страхувальником/Застрахованою особою при укладенні Договору страхування. Програма страхування є невід'ємною частиною Договору страхування. Перелік послуг, що передбачені програмами страхування, зазначені в додатку 1 до Правил страхування.

1.3. Інші терміни використовуються у загальноприйнятому значенні та відповідно до чинного законодавства України.

## 2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), далі – Правила страхування, розроблені відповідно до Закону України «Про страхування» та інших нормативно-правових актів чинного законодавства України, визначають загальний порядок і умови укладання, виконання, внесення змін та припинення дії договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (далі – Договір страхування).

2.2. Конкретні умови страхування визначаються Договором страхування. Страховик та Страхувальник (далі разом – Сторони) за взаємною згодою в Договорі страхування можуть врегулювати (конкретизувати) питання, які не врегульовані (не конкретизовані) Правилами страхування за умови, що вони не будуть суперечити іншим положенням Правил страхування та чинному законодавству України.

2.3. Договір страхування, укладений на підставі цих Правил, передбачає обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

2.4. Оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони

здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії Договору, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги;

2.4.1. Відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою (її представником за законом) документально підтверджених витрат на отримання медико-санітарної допомоги та (або) іншої допомоги, передбаченої Правилами страхування та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги.

2.5. Страхувальники можуть укладати із Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їхньої згоди, крім випадків, передбачених чинним законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

2.6. Якщо це передбачено Договором страхування, деякі обов'язки Страхувальника, зазначені в цих Правилах страхування та Договорі страхування, можуть розповсюджуватися також і на Застрахованих осіб.

2.7. Вчинення Застрахованою особою дій (діяльності або бездіяльності) породжує ті ж самі правові наслідки, як би такі дії (діяльність або бездіяльність) були вчинені Страхувальником.

2.8. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування майнових інтересів, пов'язаних з власним здоров'ям та працездатністю, він одночасно є Застрахованою особою.

2.9. Страхувальник має право при укладенні Договору страхування, за згодою Застрахованої особи, призначити Вигодонабувача для отримання страхової виплати. Страхувальник може змінити Вигодонабувача за Договором страхування до настання страхового випадку, якщо інше не передбачене Договором страхування.

2.10. Укладання Договору страхування на користь інших осіб не звільняє Страхувальника від виконання обов'язків за Договором страхування.

### **3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

3.2. Особи у віці до 18 років можуть бути застраховані тільки за умови отримання Страхувальником згоди їх батьків (опікунів, піклувальників) на укладання Договору страхування.

### **4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ**

4.1. Страховими ризиками, на випадок настання яких здійснюється страхування, є:

4.1.1. Розлад здоров'я Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання (раптової хвороби), загострення хронічного захворювання та (або) нещасного випадку, відповідно до того, які з цих обставин передбачені Договором страхування;

4.1.2. Інші фізіологічні стани Застрахованої особи, що потребують отримання нею медико-санітарної допомоги та (або) іншої допомоги, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, передбачені Договором страхування.

4.2. Страховим випадком є звернення Застрахованої особи до медичного закладу із числа передбачених програмою страхування та одержання консультативно-діагностичної, лікувально-оперативної, оздоровчої, профілактичної, іншої медичної допомоги, та (або) звернення з метою отримання іншої допомоги, передбаченої цими Правилами страхування та Договором страхування, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, одержання якої потребує надання визначених програмою страхування медичних та інших послуг, ліків та товарів медичного призначення тощо відповідно до умов, передбачених програмою страхування.

4.3. Подія, визначена у пункті 4.2 Правил страхування, визнається страховим випадком, за умови що Застрахована особа звернулася за медичною допомогою або іншими послугами, пов'язаними з наданням медико-санітарної допомоги:

4.3.1. До Страховика, асистуючої компанії, медичного або іншого профілактично-оздоровчого закладу, передбаченого Договором страхування;

4.3.2. У період дії Договору страхування (страхового захисту за Договором страхування);

4.3.3. У результаті настання подій, передбачених Договором страхування, що не підпадають під виключення зі страхових випадків або обмеження страхування, що зазначені у Договорі страхування.

4.3.4. На території дії Договору страхування.

## **5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Не визнаються страховими випадками та не підлягають відшкодуванню Страховиком витрати на:

5.1.1. Лікування та діагностику психічних захворювань та будь-яких їх ускладнень, а також травм, які є наслідком психічних розладів; алкогольної, тютюнової та наркотичної залежності, а також будь-яких захворювань чи травм, що спричинені станом такої залежності або, які є наслідком алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння; ВІЛ-інфекції та пов'язаних з нею захворювань, включаючи синдром набутого імунodefіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх наслідків, незалежно від причини виникнення;

5.1.2. Планове лікування (у тому числі планові операції), лікування залишкових явищ та наслідків будь-якого захворювання чи травм, що існували



до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань;

5.1.3. Лікування хронічної печінкової недостатності, хронічних гепатитів, цирозів печінки, вірусних гепатитів, (окрім гепатиту А і В), хронічної ниркової недостатності (в тому числі лікування на апараті гемодіалізу);

5.1.4. Діагностику та лікування венеричних захворювань, захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (хламідіоз, уреоплазменна та мікоплазменна інфекція, уrogenітальний герпес, гарднерелльоз, папілломатоз, липтотрікс, трихомоніаз, бактеріальний вагіноз, гонорея тощо);

5.1.5. Лікування та діагностику захворювань шкіри (псоріаз, екзема, себорейний дерматит, вугрова хвороба, демодекс, тощо), мікози, інвазійні хвороби шлунково-кишкового тракту (амебіаз, лямблії, аскариди тощо), проведення алергопроб;

5.1.6. Лікування та діагностику (крім невідкладної допомоги) онкологічних та онкогематологічних захворювань (якщо інше не передбачено Договором страхування);

5.1.7. Лікування алергічних захворювань (за виключенням надання невідкладної допомоги), системних захворювань сполучної тканини та їх наслідків, аутоімунних захворювань, дегенеративних та демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи, екстрапірамідних розладів;

5.1.8. Лікування вроджених, спадкових і генетичних захворювань та вад;

5.1.9. Лікування туберкульозу (крім невідкладної допомоги);

5.1.10. Лікування професійних захворювань;

5.1.11. Планові стоматологічні послуги;

5.1.12. Пластичні, естетичні та реконструктивні операції, операції на серці, трансплантацію органів та тканин, будь-яке протезування (в тому числі зубів), якщо інше не передбачене програмою страхування, ортодонтичне лікування (в тому числі брекетні системи) та лікування зубів з застосуванням лазерних та озонових технологій, поновлення цілісності зубів методом Ceges і йому подібними, вектор-терапія;

5.1.13. Еферентні методи лікування (плазмафероз, гемосорбція, гемодіаліз, УФО крові), гіпербарична та нормобарична оксигенація;

5.1.14. Діагностику та лікування нетрадиційними методами (діагностика за Фоллем, біоенергетика, послуги психолога, психоаналітика, психотерапевта, логопеда, гомеопатичні препарати, тривалістю прийому більше 30 (тридцяти) днів, гірудотерапія, голкотерапія, озонотерапія, склеротерапія, мануальна терапія тощо);

5.1.15. Корекцію фігури, проведення курсу лікування у косметолога, проведення курсу лікування на бальнеологічних і лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах, проведення масажу (більше одного курсу – 10 процедур за період дії Договору страхування), проведення курсу лікування за абонементом;

5.1.16. Медичні послуги, медикаменти та товари медичного призначення, передбачені програмою страхування, але не призначені лікарем, ліки придбані поза аптечною мережею України, засоби догляду (комір Шанса, бандаж,

еластичні бинти тощо), косметичні та гігієнічні засоби, біостимулятори, лікарські засоби, необхідні для проведення тривалої терапії, строком більше 30 (тридцяти) днів, препарати, що мають вплив на гормональний стан, в т.ч. ферментні та гормональні препарати тощо, лікарські засоби, необхідні для тривалого або постійного прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються всі витрати до стабілізації стану здоров'я);

5.1.17. Медикаменти, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (стимулятори загальної дії, полівітамінні комплекси, гепатопротектори, хондропротектори, імуномодулятори, системні ензими, ангіопротектори та інші), а також гіполіпідемічні препарати (у тому числі статини), простагландини, матеріали для алло- і ксенопластики, біологічно активні (харчові) добавки; дезінфікуючі засоби;

5.1.18. Спостереження за вагітністю та пологи, якщо інше не передбачене програмою страхування, витрати на діагностику та лікування безпліддя (порушення менструального циклу – гіперандрогенія, полікістоз яєчників, гіперпролактинемія тощо), визначення гормонального стану, штучне запліднення, проведення абортів без медичних показань, лікування, процедури, препарати та засоби для запобігання вагітності, стерилізацію (застосування як хірургічних, так і фармацевтичних засобів), діагностику та лікування порушень статевої функції;

5.1.19. Медичні послуги при розладі здоров'я, травмах, опіках, отруєннях, одержаних Застрахованою особою в стані або в результаті алкогольного, наркотичного та токсичного сп'яніння;

5.1.20. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок спроби самогубства, навмисного заподіяння собі тілесних ушкоджень, за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.21. Медичні послуги при розладі здоров'я та травмах, які прямо чи опосередковано виникли внаслідок воєнних дій будь-якого характеру (незалежно від того чи був оголошений стан війни), заколоту, терористичних дій, революції, страйку чи будь-якої операції військового типу, антитерористичних операцій або операцій об'єднаних сил, що проводяться, у тому числі під час строкової служби в армії;

5.1.22. Медичні послуги при травматичному ушкодженні внаслідок внутрішнього громадського заворушення, якщо Застрахована особа була співучасником дій, що відповідно до чинного законодавства України кваліфікуються як злочин проти громадського порядку та моральності;

5.1.23. Медичні послуги при розладі здоров'я, що виник внаслідок керування Застрахованою особою транспортним засобом, на керування яким Застрахована особа не мала права, передаванням Застрахованою особою керування транспортним засобом особі, яка знаходилася в стані алкогольного, наркотичного чи токсичного сп'яніння, або яка не мала права керувати транспортним засобом;

5.1.24. Медичні послуги при розладі здоров'я, що стався внаслідок скоєння Застрахованою особою дій, за скоєння яких передбачена кримінальна відповідальність згідно законодавства України;

5.1.25. Медичні послуги при розладі здоров'я, що прямо чи опосередковано виник внаслідок дії матеріалів ядерної зброї, іонізуювальної радіації чи радіоактивного забруднення від будь-якого ядерного палива, чи від будь-яких ядерних відходів спалення ядерного палива. Лише в межах цього виключення спалення включає будь-який самоплинний процес ядерного поділу;

5.1.26. Медичні послуги при розладі здоров'я, що виник внаслідок отримання травми під час участі Застрахованої особи у спортивних заходах або підготовки до них, тренуваннях, зайняття екстремальними видами спорту, якщо інше не передбачене Договором страхування. Спортивними заходами за цими Правилами страхування визнаються такі, що офіційно проводяться у встановленому порядку та контролюються спортивною чи іншою організацією (чемпіонати, ігри, зустрічі тощо) та інші спортивні події за участю спортсменів;

5.1.27. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок захворювання, що потребує проведення лікування в медичних установах закритого типу, при оголошенні карантину, епідемії, пандемії, лікування особливо небезпечних інфекцій, перелік яких визначений Міністерством охорони здоров'я України;

5.1.28. Медичні послуги при розладі здоров'я внаслідок загострення хронічної хвороби, якщо випадок загострення стався до початку дії Договору страхування, крім випадків невідкладної медичної допомоги, пов'язаної зі зняттям гострого болю;

5.1.29. Оформлення довідок для отримання посвідчення водія, володіння зброєю, вступу до навчальних (дитячих) закладів.

5.1.30. Стаціонарну госпіталізацію виключно для діагностичного обстеження, а також для проходження попередніх та періодичних медичних оглядів, профілактичну госпіталізацію, призначену для встановлення групи інвалідності.

5.2. Страховик не відшкодовує:

5.2.1. Витрати на медичні та інші послуги, не передбачені Договором страхування, витрати на медичні послуги, отримані в закладах, що не мають ліцензії на надання таких послуг, витрати на медичні послуги та товари медичного призначення, отримані у фізичної особи-підприємця без підтвердження їхньої сплати розрахунковими документами (фіскальним чеком, або належним чином оформленою квитанцією до прибуткового касового ордеру тощо);

5.2.2. Витрати на медичні послуги, сплачені за рахунок Застрахованої особи, при отриманні їх із порушенням умов Договору страхування, витрати, не підтверджені належним чином оформленими документами, визначеними в Договорі страхування, та у разі порушення строку звернення за страховою виплатою, визначеного Договором страхування;

5.2.3. Витрати, що виникли після закінчення строку дії або дострокового припинення дії Договору страхування, за винятком обставин, коли страховий випадок пов'язаний зі стаціонарним лікуванням, розпочатим в період дії

Договору страхування. У такому випадку Страховик відшкодовує витрати на стаціонарне лікування як в період, так і після закінчення строку дії або дострокового припинення дії Договору страхування до моменту виписки Застрахованої особи зі стаціонару, але не більше ніж 10 (десять) днів після закінчення строку дії Договору страхування, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;

5.2.4. Витрати на підбір та придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, стентів, корсетів, милиць, інвалідних візочків тощо, їхній ремонт або прокат;

5.2.5. Витрати на придбання додаткових витратних матеріалів та медичної апаратури (електроди, глюкометри тощо);

5.2.6. Витрати на металоконструкції для остеосинтезу, імпланти, фіксатори, гвинти, пластини, інші витратні матеріали, що використовуються для проведення операцій на кістках та суглобах (якщо інше не передбачено програмою страхування);

5.2.7. Витрати, пов'язані з наданням послуг, що не є необхідними з медичної точки зору чи не входять до призначеного лікарем медичного обстеження та (або) лікування, самолікуванням, у тому числі придбанням Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів, медичного устаткування, перев'язних матеріалів тощо;

5.2.8. Витрати на виклик лікаря або бригади невідкладної медичної допомоги Застрахованою особою чи особою, яка діє від імені та (або) в інтересах Застрахованої особи, за неповною чи невірною адресою, а також за відсутності Застрахованої особи за вказаною адресою;

5.2.9. Витрати на медичні послуги, що надані з приводу захворювань, лікування яких забезпечуються державними програмами (зокрема туберкульозу, бронхіальної астми, цукрового діабету), а також медикаменти, включені до програми «Доступні ліки»;

5.2.10. Витрати на планові хірургічні операції ока, метою яких є корекція короткозорості, далекозорості, астигматизму, лікування глаукоми, катаракти, патології сітківки);

5.2.11. Витрати на експериментальне лікування, а також на лікування, що не відповідає стандартам надання медичної допомоги, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України;

5.2.12. Моральну шкоду, упущену вигоду та інші непрямі збитки.

5.3. При укладенні Договору страхування можуть передбачатися додатково інші особливі виключення зі страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать чинному законодавству України та Правилами страхування і зазначені у Договорі страхування.

5.4. Окремі виключення із перерахованих у пунктах 5.1 – 5.2 Правил страхування можуть не застосовуватися при укладенні Договору страхування.

## **6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ, СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ І ФРАНШИЗИ**

6.1. Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком і Страхувальником в момент укладення Договору страхування або внесення змін до нього, якщо інше не передбачене Договором страхування або чинним законодавством України, і зазначається в Договорі страхування. Розмір страхової суми визначається виходячи з цін на медичні послуги в медичних закладах різних форм власності, переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі тощо.

6.2. У Договорі страхування за згодою Сторін страхова сума (ліміт зобов'язань) може встановлюватися за окремою програмою страхування, окремими видами медико-санітарної допомоги або іншої допомоги, передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, за одним страховим випадком, на оплату вартості допоміжних засобів тощо.

6.3. Якщо Страхувальник укладає Договір страхування у відношенні декількох осіб, у Договорі страхування зазначається страхова сума (ліміти зобов'язань) для кожної Застрахованої особи та загалом за Договором страхування.

6.4. Якщо Застрахованій особі здійснена страхова виплата, то з дати настання страхового випадку, за яким здійснена виплата, Страховик несе зобов'язання за Договором страхування тільки в межах різниці між страховою сумою за Договором страхування та сумою страхової виплати Застрахованій особі, якщо інше не передбачене Договором страхування.

6.5. Страховик несе зобов'язання за ризиками, визначеними у Договорі страхування, у межах відповідної страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, зазначених в Договорі страхування. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми та (або) лімітів зобов'язань, встановлених в Договорі страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

6.6. Страхові тарифи обчислюються актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

6.7. Конкретний розмір страхового тарифу визначається при укладенні Договору страхування залежно від прийнятих на страхування ризиків, обраних при укладенні Договору страхування програм страхування (видів медико-санітарної та іншої допомоги), віку та кількості Застрахованих осіб, строку дії Договору страхування, розміру страхової суми та інших чинників залежно від конкретних умов страхування, в тому числі таких, що впливають на ймовірність настання страхових випадків.

6.8. Страхові тарифи встановлюються у відсотках від страхової суми. Базові річні страхові тарифи наведені у додатку 2 до Правил страхування.

6.9. Страховий платіж за Договором страхування визначається, виходячи з розмірів страхової суми та страхового тарифу з урахуванням підвищувальних і понижувальних коефіцієнтів (додаток 2 до Правил страхування).

6.10. Страхувальник сплачує Страховикові страховий платіж як плату за страхування згідно з умовами Договору страхування.

6.11. Страховий платіж сплачується Страховику безготівково шляхом перерахування коштів на поточний рахунок Страховика (його представника), якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.12. Страхувальник згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник-нерезидент – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.13. Зазначений у Договорі страхування страховий платіж сплачується одноразово, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Конкретні умови та строки сплати страхового платежу зазначаються у Договорі страхування.

6.14. Договором страхування може бути передбачена франшиза, вид та розмір якої визначається за згодою Сторін:

6.14.1. Безумовна франшиза вираховується при визначенні суми страхової виплати при настанні кожного та будь-якого страхового випадку;

6.14.2. Умовна франшиза не вираховується при визначенні суми страхової виплати, якщо розмір витрат перевищує величину умовної франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо розмір витрат дорівнює або менший за величину умовної франшизи, встановленої у Договорі страхування, страхова виплата не здійснюється.

6.14.3. При часовій франшизі страхова виплата не здійснюється, якщо обумовлена Договором страхування подія сталася до певного строку, вказаного у Договорі страхування, або, якщо дія обставин, передбачених Договором страхування, не закінчилася до визначеного Договором страхування моменту тощо. Часова франшиза може бути умовною або безумовною.

6.15. Франшиза встановлюється у відсотках (від страхової суми або суми збитку), в абсолютній величині або у одиницях вимірювання часу.

6.16. За згодою Сторін може встановлюватися окрема франшиза за кожним страховим випадком, видом медико-санітарної або іншої допомоги тощо.

6.17. Договором страхування може бути передбачена франшиза, розмір якої змінюється в залежності від кількості страхових випадків, що сталися протягом строку дії Договору страхування.

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

7.1. Строк та місце (територія) дії Договору страхування встановлюється за згодою Сторін і зазначається в Договорі страхування.

7.2. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхового платежу або першої його частини, якщо інше не передбачене Договором страхування.

7.3. Договір страхування укладається строком на один рік або на інший строк, погоджений Сторонами. Дати початку та закінчення строку дії Договору страхування зазначаються у ньому.

7.4. Дія Договору страхування закінчується о 24 годині 00 хвилин (за київським часом) дати, визначеної в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

7.5. Місце дії Договору страхування визначається при укладанні Договору страхування та вказується в ньому.

## **8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

8.1. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховикові письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Письмова заява повинна бути заповнена повністю, не припускаючи подвійного тлумачення, і включати у собі усі необхідні для Страховика відомості про предмет Договору страхування та обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

8.2. Страхувальник несе відповідальність за повноту та достовірність зазначених ним у заяві (декларації про стан здоров'я) даних. Запитання Страховика, включені до заяви про страхування (декларації про стан здоров'я), разом із відповідями Страхувальника становлять інформацію, що має істотне значення для укладення Договору страхування та оцінки ступеня страхового ризику. У разі надання неправдивої інформації або ненадання (приховування) інформації, яка має істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати при настанні страхового випадку.

8.3. Подання заяви не зобов'язує Страховика та Страхувальника укладати Договір страхування.

8.4. Страхувальник повинен повідомити Страховика про всі чинні Договори страхування щодо предмета Договору страхування з іншими страховиками, а також надати інформацію про страхові випадки, які сталися з предметом Договору страхування, до моменту укладення Договору страхування.

8.5. При укладенні Договору страхування Страховик має право запитувати у Страхувальника надання:

8.5.1. Документу, що дозволяє ідентифікувати особу Страхувальника та діючого від його імені представника;

8.5.2. Довіреності або іншого документу, який посвідчує наявність та обсяг повноважень представника Страхувальника;

8.5.3. Інформації про інші договори страхування, що укладені відносно предмету Договору страхування з іншими страховими організаціями;

8.5.4. На вимогу Страховика, а також на виконання вимог чинного законодавства України у сфері регулювання протидії та запобігання легалізації доходів, отриманих злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, документів, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника;

8.5.5. Інших необхідних в конкретному випадку документів та інформації, що необхідні для укладення Договору страхування та оцінки

ступеня страхового ризику, перелік яких встановлюється при укладенні Договору страхування.

8.6. Договір страхування укладається між Страхувальником та Страховиком в письмовій формі (в тому числі у формі, яка відповідно до чинного законодавства України за правовими наслідками прирівнюється до договору, укладеного у письмовій формі). Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.7. При укладенні Договору страхування Сторони можуть домовитися про таке:

8.7.1. Конкретизувати окремі положення Правил страхування;

8.7.2. Доповнити Договір страхування умовами, які в Правилах страхування не врегульовані, якщо такі доповнення не суперечать чинному законодавству України та Правилам страхування.

8.8. У разі виявлення розбіжностей між положеннями Договору страхування та Правил страхування, пріоритетними визнаються ті, що передбачені Договором страхування.

8.9. Якщо інше не передбачене Договором страхування, всі заяви і повідомлення, передбачені Договором страхування, будуть вважатися зробленими належним чином, тільки якщо вони здійснені у письмовій формі та надіслані рекомендованим листом, кур'єром або вручені особисто із зазначеними в ньому адресами Сторін. Датою отримання таких повідомлень буде вважатися дата їх особистого вручення або дата, зазначена на поштовому штемпелі відділу зв'язку одержувача.

Договором страхування може бути передбачене надання зазначених заяв та повідомлень в електронному вигляді.

8.10. Страховик має право відмовитися від укладення Договору страхування без пояснення причин Страхувальникові.

## 9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Сторони зобов'язані дотримуватися умов Договору страхування.

9.2. **Страховик зобов'язаний:**

9.2.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

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

9.2.3. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

9.2.4. Прийняти рішення про здійснення страхової виплати або аргументовано відмовити у здійсненні страхової виплати після отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) документів, що підтверджують факт, обставини, причини настання страхового випадку, розмір завданої внаслідок страхового випадку шкоди, та інших документів, передбачених Правилами страхування та (або) Договором страхування;



9.2.5. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Правилами страхування та (або) Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати одержувачу страхової виплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування та законом;

9.2.6. Відшкодувати витрати, зазначені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру шкоди, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.2.7. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, в строк, передбачений Правилами страхування та (або) Договором страхування, переукласти Договір страхування, або внести зміни до умов Договору страхування, або припинити його дію, в тому числі стосовно конкретної Застрахованої особи.

### 9.3. **Страхувальник зобов'язаний:**

9.3.1. При укладенні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, і надалі в строк, передбачений Правилами страхування та (або) Договором страхування, інформувати Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику;

9.3.2. Виконувати рекомендації Страховика щодо зниження ступеня ризику та запобігання настанню страхових випадків;

9.3.3. Ознайомити Застрахованих осіб з умовами Договору страхування, а також про їхні дії при настанні страхового випадку;

9.3.4. Сплачувати страхові платежі в розмірах і в строки, передбачені умовами Договору страхування;

9.3.5. Не передавати Договір страхування іншим особам ніж Застрахована особа з метою отримання ними медико-санітарної та іншої допомоги (послуг);

9.3.6. Вживати всіх можливих заходів та дій, в тому числі рекомендованих Страховиком або компетентними органами, з метою запобігання та зменшення розміру шкоди, заподіяної здоров'ю Застрахованої особи, внаслідок настання події, що може бути визнана страховим випадком;

9.3.7. При укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо предмета Договору страхування;

9.3.8. У разі збільшення ступеня страхового ризику на вимогу Страховика сплатити додатковий страховий платіж, розмір якого розраховує Страховик. В іншому випадку Страховик має право в односторонньому порядку достроково припинити дію Договору страхування (відмовитись від Договору) на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування згідно з чинним законодавством України та цими Правилами страхування, при цьому Страховик звільняється від зобов'язань здійснити страхову виплату за страховими випадками, що сталися з моменту настання змін у ступені страхового ризику;

9.3.9. Надати Страховикові для перегляду та копіювання оригінали або нотаріально завірені копії документів для проведення ідентифікації

Страховальника у випадках, передбачених законодавством України та цими Правилами страхування;

9.3.10. Повідомити Страховика про настання події, що може бути визнана страховим випадком, в строк, передбачений пунктом 11.1.1 Правил страхування та (або) Договором страхування, та діяти згідно з умовами, визначеними у розділі 11 Правилами страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування;

9.3.11. Якщо після здійснення страхової виплати за Договором страхування виявиться така обставина, що за Договором страхування, Правилами страхування або чинним законодавством України повністю чи частково позбавляє Застраховану особу права на отримання страхової виплати, повернути Страховику здійснену страхову виплату протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня отримання відповідної вимоги від Страховика, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;

9.3.12. Дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах із Страховиком, не допускати передавання інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

#### **9.4. Страховик має право:**

9.4.1. Перевіряти достовірність наданої Страховальником інформації, документацію, що стосуються предмета Договору страхування, виконання Страховальником (Застрахованої особи) умов Правил страхування та Договору страхування, а також вимагати надання додаткових документів, що мають значення для оцінки ступеня страхового ризику, при укладенні Договору страхування і у будь-який момент строку його дії;

9.4.2. Брати участь у заходах, спрямованих на запобігання та зменшення заподіяної шкоди; за власною ініціативою і за власні кошти (самостійно або з залученням експертів) з'ясовувати причини та обставини настання події, що може бути визнана страховим випадком, вимагати від Страховальника (Застрахованих осіб) інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною таємницею; розпочати огляд місця події, що може бути визнана страховим випадком. Зазначені дії Страховика не є підставою для визнання Страховиком події страховим випадком;

9.4.3. Робити запити про відомості, пов'язані з настанням події, що за умовами Договору страхування може бути визнана страховим випадком, до компетентних органів, підприємств, установ і організацій, що можуть володіти інформацією про обставини настання події, з питань, пов'язаних із розслідуванням причин, обставин настання страхового випадку і визначенням розміру заподіяної шкоди. Отримати дозвіл від Застрахованої особи на отримання інформації від компетентних органів, підприємств, установ і організацій, пов'язаної з її здоров'ям;

9.4.4. Відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо для цього виникнуть підстави, передбачені Договором страхування, Правилами страхування та (або) чинним законодавством України;

9.4.5. Якщо відповідно до умов Договору страхування страховий платіж сплачується декількома частинами (внесками), зменшити розмір страхової виплати, якщо це передбачене Договором страхування;

9.4.6. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування з повідомленням Страхувальника про причини прийняття такого рішення;

9.4.7. Вимагати від Страхувальника повернення отриманої (в тому числі Застрахованою особою) страхової виплати (повністю або частково), якщо протягом строку позовної давності, встановленого чинним законодавством України, стануть відомі нові обставини настання страхового випадку, що позбавляють одержувача страхової виплати на підставі умов Договору страхування права на одержання страхової виплати (повністю або частково);

9.4.8. Відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування без пояснення причини відмови.

#### **9.5. Страхувальник має право:**

9.5.1. На одержання від Страховика будь-якої інформації, що стосується умов Договору страхування;

9.5.2. На отримання суми страхової виплати при настанні страхового випадку на умовах Правил страхування та (або) Договору страхування;

9.5.3. У разі незгоди з висновками експертизи, комісії з розслідування причин й обставин настання страхового випадку, організувати за власний рахунок проведення повторної незалежної експертизи (розслідування);

9.5.4. Оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика здійснити страхову виплату та (або) її розмір;

9.5.5. Отримати дублікат Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва) у разі втрати його оригіналу протягом періоду дії Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва), для чого потрібно звернутися до Страховика із заявою про видавання дубліката. Після цього втрачений примірник вважається недійсним, і страхові виплати згідно з втраченим примірником не здійснюються;

9.5.6. Ініціювати внесення змін та (або) доповнень до умов Договору страхування, дострокове припинення дії Договору страхування за умови повідомлення Страховика про причини прийняття такого рішення.

9.6. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Сторін, які не суперечать умовам Правил страхування та чинного законодавства України.

## **10. ЗМІНА УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. ЗМІНА СТУПЕНЯ СТРАХОВОГО РИЗИКУ**

10.1. Зміни та доповнення до умов Договору страхування протягом періоду його дії вносяться за взаємною згодою Сторін на підставі заяви однієї зі Сторін шляхом укладення додаткового договору до Договору страхування протягом 5 (п'яти) робочих днів з моменту отримання заяви іншою Стороною, якщо інше не передбачене Договором страхування.

10.2. Додатковий договір є невід'ємною частиною Договору страхування й складається в кількості примірників Договору страхування.

10.3. Якщо будь-яка зі Сторін Договору страхування не згодна на внесення змін до умов Договору страхування, в той же строк вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

10.4. З моменту отримання заяви однією зі Сторін до моменту прийняття рішення про внесення змін або про припинення дії Договір страхування продовжує діяти на попередніх умовах, якщо інше не передбачене Договором страхування.

10.5. За цими Правилами страхування обставинами, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику, вважаються:

10.5.1. Обставини, відомості щодо яких, повідомлені Страхувальником у заяві про страхування, декларації про стан здоров'я, та (або) зазначені у Договорі страхування;

10.5.2. Виявлення таких обставин (в тому числі при настанні страхового випадку), що, якби вони були відомі при укладенні Договору страхування, то Договір страхування взагалі не був би укладений Страховиком або був би укладений на умовах, що значно б відрізнялися;

10.6. Договором страхування можуть бути передбачені інші обставини, що мають істотне значення для оцінки ступеня страхового ризику.

10.7. Якщо зміна обставин, що відповідно до пунктів 10.5.1 - 10.5.3 Правил страхування впливають на оцінку ступеня страхового ризику, залежить від Страхувальника, останній не має права розпочинати або виконувати будь-які дії, що ведуть до зміни цих обставин без погодження зі Страховиком.

10.8. Факт настання події, яку може бути визнано страховим випадком, також є подією, що змінює страховий ризик (ступінь страхового ризику).

10.9. Протягом строку дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про будь-яку зміну ступеня страхового ризику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, негайно, але не пізніше ніж:

10.9.1. За 2 (два) робочі дні до зміни обставин, що відповідно до пункту 10.5 Правил страхування впливають на оцінку ступеня страхового ризику, якщо зміна таких обставин залежить від Страхувальника;

10.9.2. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки це стане йому відомо, якщо Страхувальник не може вплинути на такі обставини та дізнається про них лише після їх настання.

10.10. Після отримання від Страхувальника заяви про зміну ступеня страхового ризику Страховик протягом 5 (п'яти) робочих днів, оцінює вплив нових обставин на ступінь страхового ризику та приймає рішення про необхідність внесення змін до умов Договору страхування, або про дострокове припинення його дії або про продовження дії Договору страхування на попередніх умовах, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.11. У разі збільшення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення про необхідність внесення змін до Договору

страхування, такі зміни вносяться шляхом укладення додаткового договору протягом 5 (п'яти) робочих днів після прийняття такого рішення, якщо інше не передбачено Договором страхування. У цьому випадку Страховик має право на отримання від Страхувальника додаткового страхового платежу.

10.12. Якщо ступінь страхового ризику збільшиться і Страхувальник не повідомить про це Страховика або не сплатить (сплатить у неповному обсязі) додатковий страховий платіж протягом строку, встановленого в додатковому договорі, то при настанні страхового випадку внаслідок обставин, які вплинули на збільшення ступеня страхового ризику, або при збільшенні розміру шкоди внаслідок обставин, що вплинули на збільшення страхового ризику, Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати за цим випадком або зменшити розмір страхової виплати на 50 %, якщо інший відсоток не обумовлений Договором страхування.

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

11.1. У разі виникнення у Застрахованої особи потреби в отриманні медичної допомоги та (або) іншої допомоги, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, отримання якої передбачене Договором, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язані:

11.1.1. Негайно, до звернення за медичною або іншою допомогою у медичний або інший заклад, не пізніше 24 годин після настання зазначеної події, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, звернутися до Асистансу (Страховика), отримати інформацію щодо подальших дій та повідомити таку інформацію:

- прізвище та ім'я Застрахованої особи;
- найменування Страховика, номер Договору страхування;
- назву програми страхування;
- обставини настання події та характер необхідної допомоги;
- місцезнаходження Застрахованої особи та номер контактного телефону;
- іншу інформацію, запитану Асистансом або Страховиком.

11.1.1.1. Якщо Застрахованій особі необхідна невідкладна (екстрена) медична допомога, а повідомити про це неможливо до початку її отримання, таке повідомлення передається Асистансу або Страховику відразу, як тільки це стане можливим, але не пізніше ніж протягом 24 годин з моменту отримання такої допомоги (якщо інший строк не передбачений Договором страхування).

11.1.1.2. Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про подію Асистанс або Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі невідкладну (екстрену) медичну допомогу.

11.1.1.3. Зазначені у пункті 11.1.1 цих Правил страхування дії від імені Страхувальника (Застрахованої особи) може здійснити третя особа (родич, співробітник Застрахованої особи, працівник медичного закладу, лікар тощо);

11.1.2. Після звернення до Асистансу виконувати надані ним рекомендації щодо своїх подальших дій;

11.1.3. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення розміру збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

11.1.4. Проходити лікування за призначенням лікаря, виконувати приписи медичного персоналу, дотримуватися розпорядку медичного закладу, в якому Застрахованій особі надається медична допомога (послуги);

11.1.5. Достовірно інформувати лікаря та персонал медичної установи і Страховика про стан свого здоров'я та наявні ризики його погіршення;

11.1.6. Звільнити третіх осіб від обов'язків щодо нерозголошення лікарської та комерційної таємниці стосовно себе, на вимогу Страховика надати таким третім особам необхідні повноваження для надання Страховикові будь-якої інформації, пов'язаної з подією, що сталася, від третіх осіб (лікарів, медичних закладів, інших осіб, які надавали допомогу та (або) послуги Застрахованій особі або мають інформацію про подію, що сталася).

11.2. Якщо Застрахована особа за умовами Договору страхування та (або) погодженням із Асистансом (Страховиком) самостійно оплатила медико-санітарну допомогу та (або) іншу допомогу, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, в тому числі придбала медикаменти та (або) витратні медичні матеріали, для отримання їх відшкодування вона повинна надати Страховику документи, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку відповідно до розділу 12 цих Правил страхування.

11.3. Надання Страхувальнику (Застрахованій особі) у зв'язку з настанням події, що може бути визнана страховим випадком, інструкцій з боку Страховика або його представника, а також вжиття останніми заходів із запобігання та зменшення розміру заподіяної шкоди не є підставою для визнання цієї події страховим випадком.

11.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші дії Сторін при настанні страхового випадку.

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

12.1. Страховик сплачує (в межах страхової суми та лімітів зобов'язань, передбачених Договором страхування) вартість наданої медичної допомоги та (або) іншої допомоги, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, на підставі рахунків, наданих Страховику через Асистанс або безпосередньо медичними закладами, іншими особами, які надавали за погодженням Страховика Застрахованій особі допомогу (послуги).

12.2. Якщо Застрахована особа за умовами Договору страхування та (або) за узгодженням з Асистансом або Страховиком сама сплатила вартість наданих медичної допомоги та (або) іншої допомоги (послуг), що пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги, в тому числі придбала медикаменти, витратні медичні матеріали тощо за виписаними довіреним лікарем Страховика або Асистансу рецептами, їй повертається витрачена сума на підставі наданих

документів згідно з пунктом 12.3 цих Правил страхування та з урахуванням умов Договору страхування.

12.3. Документами, що надаються Страховику для встановлення причин, наслідків, обставин настання події, що може бути визнана страховим випадком, прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати та визначення розміру страхової виплати, можуть бути:

12.3.1. Виписка (довідка, акт тощо) з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого з визначеним діагнозом та призначеними у зв'язку з захворюванням Застрахованої особи медичними послугами, медикаментами (виписка, довідка, акт та інше);

12.3.2. Розрахункові документи: фіскальний чек (за відсутності в медичному закладі касового апарата – квитанція до прибуткового касового ордера), товарний чек (якщо у фіскальному чеку відсутні назви послуг чи препаратів), квитанції про оплату отриманих медичних послуг та (або) іншої допомоги (послуг), що пов'язані з наданням медико-санітарної допомоги;

12.3.3. Рахунки підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг і надавали медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку;

12.3.4. Рецепт лікаря з особистою печаткою та фіскальний чек аптечного закладу про оплату отриманих медикаментів (за відсутності у фіскальному чеку назви придбаних медикаментів надається додатково товарний чек);

12.3.5. Якщо медична та або інша послуга надана фізичною особою-підприємцем, – копія ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, витяг із Реєстру платників податків, Виписка із Державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань;

12.3.6. Письмова заяву про страхову виплату;

12.3.7. Оригінал Договору страхування (страхового поліса, сертифіката, свідоцтва) або його дублікат, що належить Страхувальникові;

12.3.8. Документи, що відповідно до чинного законодавства України дозволяють ідентифікувати одержувача страхової виплати;

12.3.9. Документи, що підтверджують здійснені Страхувальником витрати щодо запобігання та зменшення розміру шкоди та інші витрати, якщо відшкодування таких витрат передбачено Договором страхування;

12.3.10. Інші документи або відомості на запит Страховика, враховуючи особливості конкретного страхового випадку, що необхідні для з'ясування обставин та причин страхового випадку, визначення розміру виплати.

12.4. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, надаються Страховику у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їхніми оригіналами, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

12.5. Документи, необхідні для здійснення страхової виплати, вважаються наданими Страхувальником, якщо такі документи надані в повному обсязі та (або) не містять наступних недоліків: не відповідають належній формі та (або) оформлені з порушенням (відсутні номер, дата,

штамп, є виправлення тексту тощо). Про наявність таких недоліків Страховик повідомляє Страхувальникові протягом 5 (п'яти) робочих днів з дати отримання таких документів, якщо інші строки не передбачені Договором страхування.

12.6. З метою встановлення факту, причин та обставин настання страхового випадку, розміру збитку, Страховик має право передбачити у Договорі страхування необхідність надання Страхувальником інших документів.

12.7. Враховуючи особливості конкретного страхового випадку, Страховик може зменшити перелік документів, передбачений пунктом 12.3 Правил страхування та (або) Договором страхування.

### **13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

13.1. Страхова виплата здійснюється після того, як повністю будуть встановлені обставини, причини і розмір шкоди, заподіяної внаслідок настання страхового випадку.

13.2. Загальна сума страхових виплат кожній Застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками, що сталися протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, визначеної у Договорі страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

13.3. Якщо у Договорі страхування передбачені страхові суми (ліміти зобов'язань) за окремими видами медико-санітарної або іншої допомоги, передбаченої Правилами та (або) Договором страхування, по одному страховому випадку тощо, то Страховик здійснює страхову виплату у межах встановлених страхових сум (лімітів зобов'язань).

13.4. Якщо за окремою програмою страхування (видом допомоги (послуг)), відшкодування яких передбачене Договором, страхові випадки наставали (витрати здійснювались) неодноразово, то страхова виплата за такою програмою страхування (видом допомоги (послуг)) не може перевищувати страхову суму (відповідний ліміт зобов'язань), встановлену у Договорі страхування.

13.5. Страхова виплата визначається виходячи з вартості фактично наданої Застрахованій особі медико-санітарної та (або) іншої допомоги, в межах встановленої Договором страхування страхової суми (лімітів зобов'язань), з урахуванням франшизи та інших умов Договору страхування.

13.6. Страхова виплата здійснюється на підставі документів, що підтверджують факт настання страхового випадку, визначають вартість фактично наданої медико-санітарної та (або) іншої допомоги (послуг), передбачених у пункті 12.3 цих Правил страхування та (або) інших документів, передбачених Договором страхування, шляхом:

13.6.1. Перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Асистансу – у разі, якщо допомога (послуги) надавались Застрахованій особі через Асистанс;



13.6.2. Перерахування грошових коштів на розрахунковий рахунок медичного закладу, організації, установи, іншої особи, які надали за погодженням Страховика Застрахованій особі медико-санітарну допомогу або іншу допомогу (послуги);

13.6.3. Виплати Страхувальнику або Застрахованій особі (її представнику за законом, Вигодонабувачу) – у разі, якщо Страхувальник така особа самостійно оплатили вартість наданої медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг).

13.7. Якщо Договором страхування передбачена безумовна франшиза, Застрахована особа (Страхувальник) повинна самостійно оплатити цю суму медичному закладу, лікарю або третій особі при наданні Застрахованій особі медико-санітарної допомоги або іншої допомоги (послуг), якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

13.8. Якщо витрати Застрахованої особи, пов'язані з отриманням медико-санітарної допомоги, застраховані у кількох страховиків, то у разі настання страхового випадку страхова виплата, що виплачується усіма страховиками, не може перевищувати дійсних витрат. При цьому Страховик здійснює виплату пропорційно розміру страхової суми за укладеним ним Договором страхування, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

#### **14. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

14.1. Страховик здійснює страхову виплату на підставі страхового акта, складеного Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

14.2. У випадках, передбачених пунктом 12.2 цих Правил страхування, з метою прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, її представник за законом, Вигодонабувач) повинні надати Страховикові документи, передбачені розділом 12 Правил страхування та (або) Договором страхування.

14.3. Страховик з метою прийняття рішення про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати робить запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку, до компетентних органів, підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку:

14.3.1. Якщо у Страховика виникли обґрунтовані сумніви щодо достовірності наданих Страхувальником (Застрахованою особою, її представником за законом, Вигодонабувачем) відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяної шкоди (здійснених витрат);

14.3.2. Якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини, причини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди. У такому разі з метою встановлення обставин, причин настання страхового випадку і розміру шкоди Страховик має право призначити розслідування або експертизу, яку проводить експерт незалежної експертної організації;

14.3.3. В інших випадках, передбачених Договором страхування.

14.4. Граничний строк отримання відповідей на запити Страховика від підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, складає 6 (шість) місяців з дня направлення Страховиком відповідного запиту.

14.5. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком від Страхувальника (Застрахованої особи, її представника за законом, Вигодонабувача) всіх документів, необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме документів, передбачених розділом 12 Правил страхування та (або) Договором страхування, та відповідей на запити Страховика до підприємств, установ та організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку (з урахуванням пункту 14.4 Правил страхування), якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

14.5.1. Приймає рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акта і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складення страхового акта здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, або

14.5.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, її представника за законом, Вигодонабувача) про прийняття рішення про відмову з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування.

14.6. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення виплати або відмову у здійсненні страхової виплати, якщо це передбачено Договором страхування:

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання рішенням суду законної сили, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку розглядається судом,

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;

- до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (Застрахованої особи) було розпочате кримінальне провадження.

## **15. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**

15.1. Підставами для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

15.1.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або особи, на користь якої був укладений Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянських або службових обов'язків, у стані необхідної

оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності й ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника й інших зазначених у цьому пункті осіб встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

15.1.2. Вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку. Якщо названі особи є юридичними особами, зазначена підстава відноситься до їхніх працівників або осіб, які діяли за їх дорученням;

15.1.3. Подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

15.1.4. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою, її представником за законом, Вигодонабувачем) Страховика про настання події, що має ознаки страхового випадку, без поважних на це причин у строки, визначені в Правилах страхування та (або) Договорі страхування, або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру й розміру заподіяної шкоди;

15.1.5. Наявність обставин, які є виключеннями із страхових випадків і обмеженнями страхування, передбаченими розділом 5 Правил страхування та (або) Договором страхування;

15.1.6. Невиконання або неналежне виконання Страхувальником своїх обов'язків, передбачених Договором страхування;

15.1.7. Невиконання Страхувальником протягом погодженого зі Страховиком строку рекомендацій Страховика щодо усунення обставин, що підвищують ступінь ризику, про необхідність усунення яких Страховик сповіщав Страхувальника, якщо невиконання рекомендацій призвело до настання страхового випадку або збільшення розміру збитків;

15.1.8. Дії Страхувальника, направлені на отримання вигоди від страхування;

15.1.9. Інші випадки, передбачені чинним законом.

15.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхової виплати, якщо це не суперечить закону.

15.3. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено у судовому порядку згідно з розділом 17 Правил страхування.

## **16. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

16.1. Дія Договору страхування припиняється та Договір страхування втрачає чинність за згодою Сторін, а також у разі:

16.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування;

16.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

16.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був

сплачений на письмову вимогу Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

16.1.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України «Про страхування»;

16.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України;

16.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

16.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.2. Договір страхування конкретної Застрахованої особи припиняє свою дію, якщо виплати за одним або декількома страховими випадками становили 100 % страхової суми, що припадає на Застраховану особу, та зберігає свою силу до кінця зазначеного в ньому строку для інших Застрахованих осіб, якщо умовами Договору страхування не передбачене інше.

16.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка Сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення Договору страхування, якщо інше не передбачене Договором страхування.

16.4. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому частину страхового платежу за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачений ним страховий платіж повністю.

16.5. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

16.6. У разі дострокового припинення дії Договору страхування повернення страхового платежу не може бути здійснено в іншій формі, ніж та, в якій був сплачений платіж.

16.7. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заявлених Страхувальником збитків, а саме після:

16.7.1. Здійснення страхових виплат; або

16.7.2. Прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову здійснення страхових виплат.

16.8. Сторони можуть бути звільнені від відповідальності за часткове або повне невиконання зобов'язань за умовами Договору страхування, якщо таке невиконання зобов'язань стало наслідком дії обставин непереборної сили.

16.9. Під непереборною силою розуміються зовнішні та надзвичайні події, що описуються сукупністю таких умов:

16.9.1. Зазначені події сталися після набрання чинності Договором страхування;

16.9.2. Ці події не визначені в Правилах страхування та (або) Договорі страхування як виключення із страхових випадків та обмеження страхування;

16.9.3. Ці події виникли незалежно від волі Сторін Договору страхування, і при цьому їхньому настанні й подальшій дії Сторони Договору страхування не могли протистояти за допомогою всіх розумних зусиль і засобів, що могли бути застосовані до конкретних проявів непереборної сили;

16.9.4. Часткове або повне невиконання будь-якою зі Сторін Договору страхування зобов'язань за умовами Договору страхування є прямим наслідком дії обставин непереборної сили.

16.10. При настанні дії обставин непереборної сили строк виконання зобов'язань Сторін за умовами Договору страхування збільшується відповідно до строку, протягом якого будуть діяти обставини непереборної сили. Якщо цей період буде тривати понад строк, визначений Договором страхування, то будь-яка зі Сторін буде вправі відмовитися від подальшого виконання зобов'язань за умовами Договору страхування. При цьому жодна зі Сторін не буде мати права на відшкодування можливих збитків.

16.11. Сторона Договору страхування, для якої стало неможливим виконання зобов'язань за умовами Договору страхування внаслідок дії обставин непереборної сили, повинна найбільш швидким з можливих способів сповістити іншу Сторону Договору страхування про ситуацію, що склалася, а також протягом строку, визначеного умовами Договору страхування, надіслати поштою зареєстроване підтвердження дії цих обставин, видане Торгово-промисловою палатою України, якщо інше не передбачено Договором страхування.

16.12. Неповідомлення або несвоєчасне повідомлення про настання дії обставин непереборної сили не дає надалі права Стороні Договору страхування, на яку подіяли ці обставини, посылатися на них як на підставу для звільнення від відповідальності за невиконання зобов'язань за умовами Договору страхування.

## **17. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

17.1. Спори, що виникають у зв'язку з виконанням умов Договору страхування, вирішуються Сторонами шляхом переговорів.

17.2. У разі недосягнення згоди шляхом переговорів спори вирішуються згідно з чинним законодавством України.

17.3. Якщо інше не передбачене Договором страхування, при виникненні розбіжностей між Страхувальником і Страховиком щодо факту, обставин та причин настання страхового випадку і розміру зазначеної шкоди внаслідок

настання страхового випадку, Сторони Договору страхування можуть домовитися про те, що розмір шкоди буде визначений на підставі акта (висновку) експертизи, проведеної експертом, який має право на проведення відповідного дослідження. Експертиза може проводитися за ініціативою будь-якої зі Сторін. Сторона, за ініціативи якої проводиться експертиза, оплачує витрати на її проведення, якщо інше не передбачено Договором страхування.

## **18. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

18.1. Конкретні умови страхування можуть встановлюватися Договором страхування за згодою Сторін і не повинні суперечити Правилам страхування та чинному законодавству України.

18.2. Права та обов'язки Страховика та (або) Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені в Правилах страхування, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать закону.

18.3. Правилами страхування регламентовані основні умови страхування.

18.4. За згодою Сторін до умов Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням Правил страхування та не суперечать чинному законодавству України.

**Додаток 1**  
**до Правил добровільного медичного**  
**страхування (безперервного страхування здоров'я)**  
**(нова редакція)**  
**№ 03 від 12.08.2020 р.**

**ПРОГРАМИ**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**(БЕЗПЕРЕВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**

**1. Амбулаторно-поліклінічна допомога** передбачає консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ, включаючи:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- б) проведення лабораторних досліджень та застосування інструментальних методів діагностики;
- в) візит лікаря додому або до офісу у разі необхідності за медичними показаннями;
- г) проведення лікувальних заходів і маніпуляцій;
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- д) видача листа непрацездатності, ведення амбулаторної картки та іншої медичної документації;
- е) інші послуги, передбачені Договором страхування.

**2. Стаціонарна (невідкладна та (або) планова) допомога** передбачає лікування (в тому числі перебування і харчування) в умовах стаціонару за наявності хвороб і станів, що потребують стаціонарного лікування, включаючи:

- а) консультації та інші професійні послуги медичного персоналу, в тому числі лікарів вузькопрофільної спеціалізації;
- б) консультативно-діагностичне обслуговування;
- в) консервативне та оперативне лікування;
- г) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- г) інші послуги, передбачені Договором страхування.

**Стаціонарна невідкладна допомога** – медична допомога, яка надається в умовах стаціонару, у випадку раптового гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, які загрожують життю Застрахованої особи, а також у випадках, коли Застрахована особа підлягає обов'язковій ізоляції.

**Стаціонарна планова допомога** – медична допомога, яка надається в умовах стаціонару, у випадку розладу здоров'я Застрахованої особи з метою детального обстеження, встановлення діагнозу, підбору засобів та доз лікування, надання Застрахованій особі спеціалізованої стаціонарної допомоги, яку неможливо надати в умовах поліклініки або вдома.

**3. Невідкладна (екстрена) медична допомога** передбачає:

- а) виїзд бригади невідкладної (екстреної) медичної допомоги (в т.ч. спеціалізованої);
- б) експрес-діагностику та невідкладну (екстрену) допомогу на догоспітальному етапі;
- в) забезпечення медикаментами та витратними медичними матеріалами;
- г) доставлення каретою невідкладної (екстреної) медичної допомоги до спеціалізованого медичного закладу для проведення подальшого лікування;
- г) інші послуги, передбачені Договором страхування.

**4. Медикаментозне забезпечення** передбачає:

- а) отримання необхідних медикаментів для лікування гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми в мережі аптечних закладів, визначених у Договорі страхування, за рецептом довіреного лікаря Страховика. Вартість таких медикаментів оплачує Страховик;
- б) за заявою Страхувальника (Застрахованої особи) доставлення медикаментів за зазначеною в Договорі страхування адресою протягом періоду часу, передбаченого Договором страхування;
- в) забезпечення гомеопатичними препаратами для тривалого прийому не більше 30 (тридцяти) днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування;
- г) інші послуги, передбачені Договором страхування.

**5. Стоматологічна допомога:**

- а) огляд, консультації лікаря-стоматолога;
- б) діагностичні обстеження;
- в) проведення анестезії;
- г) терапевтичне та хірургічне лікування зубів і ротової порожнини;
- г) гігієнічні процедури (зняття зубного каменю тощо);
- д) інші послуги, передбачені Договором страхування.

**6. Профілактично-оздоровча програма** передбачає:

- а) курс профілактичного масажу;
- б) відвідування фітнес-центру (сауна, тренажерний зал, йога тощо);
- в) профілактичний медичний огляд, диспансеризація;
- г) вакцинацію;
- г) вітамінопрофілактику.

**7. Інші програми страхування**, що передбачають оплату вартості медико-санітарної допомоги та (або) іншої допомоги, що пов'язана з наданням медико-санітарної допомоги, певного переліку, якості та обсягу, передбачених Договором страхування.

**8.** Договором страхування, укладеним за певною програмою страхування, може бути передбачено скорочений перелік послуг, ніж зазначений щодо такої програми перелік у Правилах страхування.



Додаток 2  
до Правил добровільного медичного  
страхування (безперервного страхування здоров'я)  
(нова редакція)  
№ 03 від 12.08.2020 р.

**БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ  
З ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**

1. Базові річні страхові тарифи, зазначені у таблиці 1, розраховані виходячи з обраних при укладенні Договору страхування програм страхування.

Таблиця 1

Назва програми страхування	Базові страхові тарифи, %
Амбулаторно-поліклінічна допомога	1,4
<b>Стационарна (невідкладна та (або) планова) допомога, а саме:</b>	
- стационарна невідкладна допомога	0,4
- стационарна планова допомога	0,8
Невідкладна (екстрена) медична допомога	0,1
Медикаментозне забезпечення	1,3
<b>Стоматологічна допомога, а саме:</b>	
- стоматологічна невідкладна допомога	0,3
- стоматологічна планова допомога	1,3
Профілактично-оздоровча програма	1,0
Інші програми страхування, передбачені Договором страхування	0,9

2. Страховий тариф за Договором страхування визначається з урахуванням нижчезазначених коригуючих коефіцієнтів, що застосовуються до базового річного страхового тарифу:

2.1. Коригуючий коефіцієнт, що враховує вік Застрахованої особи, наведений у таблиці 2.

Таблиця 2

Вік Застрахованої особи	Коригуючий коефіцієнт
до 1 року	1,4 – 2,0
від 1 до 3 років	1,2 – 1,4
від 3 до 16 років	1,0 – 1,1
від 16 до 60 років	0,9 – 1,3
від 60 до 65 років	1,3 – 1,5

старше 65 років	1,5 – 5,0
-----------------	-----------

2.2. Корируючий коефіцієнт, що враховує кількість Застрахованих осіб, наведений у таблиці 3.

Таблиця 3

Кількість Застрахованих осіб	Корируючий коефіцієнт
До 10 осіб	0,90 – 1,00
11-50	0,80 – 0,90
51-100	0,60 – 0,80
101-200	0,50 – 0,60
201-500	0,45 – 0,50
501 та більше	0,40 – 0,45

2.3. Корируючий коефіцієнт, що враховує строк дії Договору страхування (коефіцієнт короткостроковості), наведений у таблиці 4 цього додатку.

Таблиця 4

Строк дії Договору страхування	Коефіцієнт короткостроковості
до 7 днів	0,03 – 0,05
до 10 днів	0,04 – 0,07
до 15 днів	0,06 – 0,09
до 21 дня	0,08 – 0,15
до 1 місяця	0,12 – 0,25
до 2 місяців	0,15 – 0,30
до 3 місяців	0,21 – 0,40
до 4 місяців	0,31 – 0,50
до 5 місяців	0,41 – 0,60
до 6 місяців	0,51 – 0,70
до 7 місяців	0,55 – 0,75
до 8 місяців	0,60 – 0,80
до 9 місяців	0,65 – 0,85
до 10 місяців	0,70 – 0,90
до 11 місяців	0,75 – 0,95
до 12 місяців	0,80 – 1,00

2.4. Корируючі коефіцієнти, що враховують обставини, які впливають на ступінь ризику, наведені в таблиці 5 цього додатку.

Таблиця 5

Обставини, що впливають на ступінь ризику	Корируючий коефіцієнт
Регіон постійного проживання Застрахованої особи	0,2 – 3,0
Стан здоров'я та спосіб життя Застрахованої особи	0,1 – 4,0
Заняття Застрахованою особою спортом	1,0 – 6,0

Вид професійної діяльності Застрахованої особи	1,0 – 5,0
Місце дії Договору страхування	0,4 – 3,0
Категорії медичних закладів для звернення	0,6 – 8,0
Розширення/скорочення переліку виключень та обмежень страхування	0,1 – 6,0
Інші чинники, що впливають на ступінь страхового ризику	0,1 – 6,0

2.5. Інші коригуючі коефіцієнти до базових річних страхових тарифів, які враховують фактори, що впливають на значення страхового тарифу, наведені в таблиці 6 цього додатку.

Таблиця 6

Фактори, що впливають на значення страхового тарифу	Коригуючий коефіцієнт
Розмір страхових сум, лімітів зобов'язань Страховика щодо здійснення страхової виплати	0,2 – 7,0
Порядок сплати страхового платежу	1,0 – 2,0
Розмір франшиз	0,3 – 3,0
Інші фактори, що впливають на значення страхового тарифу	0,1 – 6,0

3. Страховий тариф (брутто-тариф) розраховується шляхом множення річного базового страхового тарифу на всі коригуючі коефіцієнти, що до нього застосовувалися.

4. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою Сторін Договору страхування.

5. Норматив витрат на ведення справи, врахований при розрахунку базових річних страхових тарифів, становить 70 відсотків від величини страхового тарифу. Договором страхування може бути передбачено зменшення нормативу витрат на ведення справи в залежності від умов Договору страхування. У разі його зміни, базовий річний страховий тариф розраховується за формулою:

$$\text{БТН} = (1 - 70\%) * \text{БТ} / (1 - \text{ННВВС}), \text{ де}$$

БТН – брутто-тариф новий із зменшенням нормативу витрат на ведення справи, %;

БТ – брутто-тариф розрахований згідно даного Додатку;

ННВВС – новий норматив витрат на ведення справи, %.

Актуарій



Клименко Юлія Володимирівна

Свідоцтво на право займатися

актуарними розрахунками

та посвідчувати їх

№01-018 від 19.11.2015

У цьому документі проширо, пронумеровано та скріплено печаткою 35 (тридцять п'ять) аркушів

Голова Правління

ПРАТ СК «ІНТЕР-ПОЛІС» \_\_\_\_\_  
В.Л. Савчук





**НАЦІОНАЛЬНИЙ БАНК УКРАЇНИ**  
Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності  
ринків небанківських фінансових послуг

**Р І Ш Е Н Н Я**

від 11 вересня 2020 р.

м. Київ

№ 21/1305-ПК

**Про реєстрацію правил страхування  
ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА СТРАХОВОЇ  
КОМПАНІЇ “ІНТЕР-ПОЛІС”  
у новій редакції**

За результатами розгляду доповідної записки Департаменту ліцензування щодо результатів розгляду пакетів документів, поданих для реєстрації правил страхування, зокрема про реєстрацію Правил добровільного страхування медичних витрат та Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ “ІНТЕР-ПОЛІС” (далі – ПРАТ СК “ІНТЕР-ПОЛІС”) (ЄДРПОУ 19350062) у новій редакції, Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг зазначає таке.

Відповідно до статті 17 Закону України “Про страхування” у разі, якщо страховик запроваджує нові правила страхування чи коли до правил страхування вносяться зміни та (або) доповнення, страховик повинен подати ці нові правила, зміни та (або) доповнення для реєстрації до Уповноваженого органу.

Розглянувши пакети документів ПРАТ СК “ІНТЕР-ПОЛІС” про реєстрацію Правил добровільного страхування медичних витрат № 21, затверджених наказом Голови Правління ПРАТ СК “ІНТЕР-ПОЛІС” Савчука В.Л. № 32 від 12 серпня 2020 року та Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 03, затверджених наказом Голови Правління ПРАТ СК “ІНТЕР-ПОЛІС” Савчука В.Л. № 31 від 12 серпня 2020 року, у новій редакції, Національний банк України повідомляє про те, що зазначені правила страхування в цілому не суперечать чинному законодавству, не порушують та не обмежують права страхувальників, та відповідають вимогам статті 17 Закону України “Про страхування”.

Ураховуючи зазначене вище, керуючись абзацом другим пункту 7 прикінцевих положень Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення функцій із державного регулювання ринків фінансових послуг”, статтями 7, 17 Закону України “Про Національний банк України”, статтею 17 Закону України “Про страхування”,

Положенням про Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг, затвердженого постановою Правління Національного банку України від 29.07.2020 № 498-рш, Комітет з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг вирішив:

1. Зареєструвати Правила добровільного страхування медичних витрат № 21, затвержені наказом Голови Правління ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" Савчука В.Л. № 32 від 12 серпня 2020 року та Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 03, затвержені наказом Голови Правління ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" Савчука В.Л. № 31 від 12 серпня 2020 року, у новій редакції.

2. Департаменту ліцензування (Олександр Бевз) протягом п'яти робочих днів із дня прийняття цього рішення довести до відома ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" інформацію про реєстрацію Правил добровільного страхування медичних витрат № 21, затверджених наказом Голови Правління ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" Савчука В.Л. № 32 від 12 серпня 2020 року та Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 03, затверджених наказом Голови Правління ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" Савчука В.Л. № 31 від 12 серпня 2020 року, у новій редакції шляхом надсилання ПРАТ СК "ІНТЕР-ПОЛІС" відповідного листа.

3. Рішення набирає чинності з дня його прийняття.

Заступник голови Комітету-  
директор Департаменту нагляду  
за страховим ринком



Ольга МАКСИМЧУК