

**"ЗАТВЕРДЖЕНО"**



Генеральний директор  
ТДВ "СК Роксолана"  
"07" листопада 2008 р.

Хомич М.В.

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
**(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)**  
**(нова редакція)**

м. Запоріжжя - 2008 р.

## 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На підставі цих Правил ТДВ «Страхова компанія Роксолана» (надалі — Страховик) укладає із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальники) договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі - Договори страхування) фізичних осіб (надалі - Застраховані особи).

1.2. Страхувальник - юридична особа або дієздатна фізична особа, які уклали із Страховиком Договір страхування.

1.3. Страхувальники можуть укласти із Страховиком Договори про страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застрахована особа — фізична особа, про страхування якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Договір страхування неповнолітньої особи може бути укладений її батьками, опікунами (піклувальниками) або іншими особами за письмовою згодою її батьків або опікунів.

Страхувальники мають право при укладанні Договорів страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних або юридичних осіб (Вигодонабувачів) на випадок смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання під час перебування у Лікувальному закладі (на випадок самостійної оплати Вигодонабувачем послуг по репатріації Застрахованої особи з подальшим відшкодуванням витрат Страховиком), а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.4. У випадку, коли Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, він одночасно є і Застрахованою особою.

1.5. Не можуть бути застрахованими:

1.5.1. Повнолітні особи, визнані у встановленому порядку недієздатними.

1.5.2. Особи, що страждають тяжкими нервовими захворюваннями (пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребетного стовпа, ураження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травма хребетного стовпа та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий (некротичний), СНІД, а також психічно хворі.

1.5.3. Інваліди I групи, крім випадків окремо узгоджених зі Страховиком та обумовлених в Договорі страхування.

1.6. На умовах цих Правил Страховик здійснює страхову виплату у відповідності до умов Договору страхування шляхом оплати закладу охорони здоров'я вартості наданої Застрахованій особі медичної, медико-санітарної допомоги, оплати вартості медикаментів та матеріалів у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування медичних витрат (надалі - Програми страхування) та страхової суми, визначеної Договором страхування.

1.7. Заклад охорони здоров'я - підприємства, установи та організації (Лікувальні заклади, Аптеки), 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.

1.8. Лікувальний заклад - заклад охорони здоров'я, що надає Застрахованій особі медичну допомогу, передбачену Програмою страхування.

1.9. Аптека - фармацевтична установа, яка забезпечує Застраховану особу або Лікувальний заклад медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги, передбаченої Договором страхування.

1.10. Асистуюча компанія - посередник між Страховиком, Лікувальним закладом та Аптекою, що організує надання Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої Програмою медичного страхування.

1.11. Нещасний випадок - це непередбачена, незалежна від волі Застрахованої особи, викликана зовнішнім впливом подія, що призвела до розладу здоров'я Застрахованої особи (травматичні ушкодження, отруєння, опіки, відмороження, переохолодження, поразка блискавкою або електричним струмом, укуси тварин, у тому числі змій, укуси отруйних комах).

1.12. Ці Правила розроблені відповідно до Цивільного Кодексу України, Закону України "Про страхування" та інших законодавчих і нормативних актів, що регулюють правовідносини в галузі страхування.

## **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

2.1. Предметом договору страхування згідно цих Правил є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані із життям, здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

## **3. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ**

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

Страховим ризиком за цими Правилами є такий стан здоров'я Застрахованої особи, який потребує надання їй медичної допомоги.

3.2. Страховий випадок - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась, і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату згідно з розділом 8 цих Правил.

Страховими випадками за цими Правилами визнаються наступні події:

3.2.1. Звернення Застрахованої особи до Лікувального закладу, визначеного Договором страхування, або до Асистуючої компанії, передбаченої Договором страхування (якщо надання медичної допомоги здійснюється через Асистуючу компанію), у зв'язку з захворюванням, гострим захворюванням, загостренням хронічного захворювання, травмою або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, отруєнням, пологами та у зв'язку з деякими іншими наслідками дії зовнішніх причин з метою одержання лікувальної, консультативно-діагностичної, профілактичної допомоги в обсязі Програм страхування, передбачених Договором страхування.

3.2.2. Смерть Застрахованої особи внаслідок захворювання під час перебування у Лікувальному закладі.

3.3. Страховими випадками визнаються лише такі події, що виникли під час дії Договору страхування та підтверджені документами, виданими компетентними органами (закладами охорони здоров'я та ін.) у встановленому чинним законодавством порядку.

Перелік подій, на випадок яких проводиться страхування за конкретним Договором страхування, обираються сторонами при укладанні Договору.

3.4. До страхових випадків не відносяться, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, звернення Застрахованої особи за отриманням медичної допомоги (медичної послуги) у зв'язку з наступними захворюваннями:

3.4.1. Туберкульоз.

3.4.2. Психічні захворювання.

3.4.3. Інфекційні хвороби, що передаються переважно статевим шляхом.

3.4.4. Вади розвитку, хромосомні порушення, спадкові та вроджені захворювання.

3.4.5. Аборти, за виключенням випадків переривання вагітності за медичними показаннями.

3.4.6. Почесуха, педикульоз.

3.4.7. Хронічні захворювання ендокринної системи, які потребують постійного призначення гормональних та цукрознижуючих засобів (цукровий діабет, хронічна

наднирникова недостатність, нецукровий діабет, захворювання щитовидної залози).

3.4.8. Захворювання чи травми, які вже існували або є результатом будь-якого захворювання чи травми, що існували до початку дії Договору страхування, крім випадків загострення хронічних захворювань.

3.4.9. Алкоголізм, наркотична залежність, токсикоманія, інші стани, пов'язані з будь-яким видом залежності.

3.4.10. Загострення хронічної хвороби, якщо загострення почалось до набуття чинності Договором страхування, за винятком випадків, коли медична допомога спрямована на усунення гострого болю. Під гострим болем слід розуміти таку реакцію нервової системи на зовнішній або внутрішній подразник, яка у випадку ненадання невідкладної (екстреної) медичної допомоги може призвести до розвитку больового шоку, що становитиме загрозу життю та здоров'ю Застрахованої особи.

3.4.11. Чоловіче чи жіноче безпліддя, розлад статевих функцій.

3.4.12. Захворювання, пов'язані з масовими епідеміями, які потребують введення комплексу карантинних заходів.

3.5. При укладенні конкретного Договору страхування для конкретної Застрахованої особи виключається хвороба, на яку на момент укладання Договору страхування хворіє Застрахована особа.

3.6. До страхових випадків не відносяться події, пов'язані з:

3.6.1. Захворюваннями, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування.

3.6.2. Захворюваннями, які є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб.

3.6.3. Захворюваннями, які є наслідком навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень.

3.6.4. Захворюваннями, які є наслідком вчинення або спроби вчинення Застрахованою особою протиправних дій.

3.6.5. Захворювання, отримані внаслідок стихійного лиха, воєнних дій, громадських заворушень, заколоту, повстання, страйку, пугчу, локауту, терористичних актів, а також впливу радіації або будь-якого іншого впливу ядерної енергії.

3.6.6. Хворобами або травмами, отриманими внаслідок вчинення Застрахованою особою злочину або адміністративного правопорушення, що підтверджується відповідними документами компетентних органів.

3.6.7. Лікуванням інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та пов'язаних з ним захворювань, включаючи синдром набутого імунодефіциту (СНІД), похідного комплексу СНІД, а також їх похідних чи різновидів захворювань, незалежно від причини виникнення.

3.6.8. Протизаконними діями (бездіяльністю) державних органів, органів місцевого самоврядування або посадових осіб цих органів, в тому числі тих, що сталися внаслідок видання вищезазначеними органами та посадовими особами документів, які не відповідають вимогам законодавства. При цьому факт протиправних дій (бездіяльності) відповідних органів чи невідповідність документів законодавству встановлюється судом або в іншому, передбаченому законодавством порядку.

3.7. За умовами цих Правил Страховик не оплачує вартість:

3.7.1. Будь-яких операцій чи лікування, що не завершені чи очікуються до набуття чинності Договором страхування.

3.7.2. Медичної допомоги, наданої закладом охорони здоров'я, неузгодженим із Страховиком, якщо інше не передбачено Договором страхування.

3.8. До суми страхової виплати не зараховується вартість медичної допомоги (медичної послуги), яка не є необхідною з медичної точки зору або не призначена лікарем, проведення діагностування без направлення лікаря та застосування медичних препаратів, які не були призначені лікарем.

3.9. Договором страхування може бути встановлено також вікові, територіальні та інші обмеження страхування для Застрахованої особи, якщо це не суперечить цим Правилам та чинному законодавству України.

#### **4. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

4.1. Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

Розмір страхової суми визначається за домовленістю між Страховиком та Страхувальником під час укладення Договору страхування або внесення змін до Договору страхування. Страхова сума встановлюється для кожної Застрахованої особи.

Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування у цілому (одна на всі страхові випадки).

4.2. В період дії Договору страхування Страхувальник може збільшити розмір страхової суми. При цьому укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

4.3. При збільшенні розміру страхової суми величина доплати страхової премії (Д) розраховується за формулою (1) для кожного предмету договору страхування окремо:

$$Д = (П2 - П1) \times К \quad (1), \text{ де:}$$

П 1, П 2 - страхові премії по первісній та кінцевій страховим сумам відповідно;

К - коефіцієнт короткостроковості, який визначається згідно з таблицею № 5 Додатку № 1 до цих Правил та кількістю повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування. При цьому неповний місяць приймається за повний.

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

Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу згідно з Додатком № 1 до цих Правил. Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за згодою сторін з урахуванням ступеню ризику та умов страхування.

4.5. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово за весь строк страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

4.6. Страхувальник, якщо це передбачено умовами Договору страхування, має право сплачувати страховий платіж частинами.

4.7. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою у касу Страховика чи страховому агенту, або використати безготівкові форми розрахунків у відповідності до чинного законодавства України.

4.8. Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

Розмір страхової виплати відповідає фактичній вартості медичної допомоги (медичної послуги), отриманої Застрахованою особою згідно умов, передбачених Договором страхування.

Після здійснення страхової виплати Страховик продовжує нести відповідальність до кінця строку дії Договору страхування в межах різниці між страховою сумою, обумовленою Договором, і загальною сумою страхових виплат, здійснених по цьому Договору.

4.9. Загальний розмір страхових виплат за страховими випадками не може перевищувати страхової суми, передбаченої Договором страхування.

Якщо загальна сума страхових виплат, здійснених за Договором страхування, дорівнює передбаченій цим Договором страховій сумі, то обов'язки Страховика вважаються виконаними у повному обсязі і дія Договору страхування припиняється (при умові, що страхова сума встановлена за Договором у цілому).

4.10. Страхові виплати за Договором страхування здійснюються незалежно від суми, яку

має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків.

4.11. Договором страхування в межах страхової суми можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, страховими випадками або Програмами страхування.

## **5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

5.1. Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або іншій особі, передбаченій в Договорі страхування (Лікувальний заклад, Аптека, Асистуюча компанія), шляхом оплати вартості медичної допомоги (медичних послуг) в обсязі вибраної Страхувальником Програми страхування та відповідно до умов Договору страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

5.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. При укладанні Договору страхування Страховик для оцінки ступеню страхового ризику має право запросити у Страхувальника інформацію щодо стану здоров'я кожної особи, про страхування якої укладається Договір страхування. В окремих випадках Страховик може вимагати попереднього медичного обстеження особи, про страхування якої укладається Договір страхування.

При укладанні Договору про страхування групи осіб (колективу) Страхувальник надає Страховику список осіб, які мають бути застрахованими. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

У разі подання особою, яка бажає виступити Страхувальником, свідомо неправдивих даних Страховик може відмовити в укладанні Договору страхування.

5.3. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

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

5.5. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу і знаходяться у кожній із сторін.

У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) Договору страхування на підставі письмової заяви Страхувальника Страховик видає дублікат Договору страхування. Після видачі дублікату втрачений Договір втрачає чинність та ніякі виплати по ньому не здійснюються.

Страхувальнику (Застрахованій особі) забороняється передавати Договір страхування іншим особам, які не застраховані за цим Договором, з метою отримання цими особами медичної допомоги (медичних послуг), передбачених Договором.

5.6. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страхувальника і Страховика і, як правило, на один рік. Договір страхування вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше одного року.

5.7. Договором страхування можуть бути передбачені наступні Програми добровільного медичного страхування (надалі - Програми):

5.7.1. Програма "А" - "Амбулаторно-поліклінічна допомога".

На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості амбулаторно-поліклінічного лікування в Лікувальних закладах, з якими Страховиком укладені договори про співробітництво.

Програма може включати в межах страхової суми (та лімітів відповідальності):

- надання та оплату кваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги спеціалістами амбулаторно-поліклінічних закладів, з якими Страховик уклав договори про співробітництво та іншими, які погоджені зі Страховиком: проведення в повному обсязі лабораторних, інструментальних і функціональних досліджень, тощо;
- консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, гінеколога, уролога, інфекціоніста, дерматолога, отоларинголога, терапевта та інших;
- динамічний нагляд за хворими, які взяті на диспансерний облік під час дії Договору страхування; надання допомоги на дому; хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах, крім косметологічних втручань.
- виклик сімейного лікаря за місцем проживання хворого;
- забезпечення медикаментами та витратними матеріалами при амбулаторно-поліклінічному лікуванню.

#### 5.7.2. Програма "Б" - "Стаціонарна допомога".

На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату в межах лімітів, передбачених в Договорі страхування, вартості стаціонарної медичної допомоги в Лікувальних закладах, з якими Страховик укладені договори про співробітництво, в відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях. Дана програма може покривати денний стаціонар, якщо це передбачено Договором страхування.

Госпіталізація здійснюється після отримання направлення лікаря та невідкладно у разі гострого захворювання або нещасного випадку. Гарантується оплата вартості ліків, необхідних для лікування, а також, якщо це передбачено умовами Договору страхування, надання необхідних побутових умов, оплата вартості харчування.

5.7.3. Програма "В" - "Швидка медична допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загальнопрофільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги.

5.7.4. Програма "Г" - "Стоматологічна допомога". На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної стоматологічної допомоги, яка була надана Застрахованій особі загальнопрофільними або спеціалізованими Лікувальними закладами.

5.7.5. Програма "Д" - "Страхування дітей". На умовах цієї Програми Страховик гарантує здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 14 років, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, на умовах обраної Програми страхування.

5.7.6. Програма „Е” - “Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, яка здійснювалася після перенесених гострих захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, наслідки черепно-мозкових травм та травм кінцівок і т.ін.) як продовження лікування у стаціонарі протягом періоду, оговореного договором страхування.

5.7.7. Програма „Ж” – „Нетрадиційна медицина”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, а саме: проведення діагностичних тестів за нетрадиційними методами та лікування включаючи гомеопатичне, гомотоксигологічне лікування, лікування харчовими добавками, лікування в центрах нетрадиційної медицини.

5.7.8. Програма „З” – „Профілактична медицина”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів, передбачених у Договорі страхування, а саме: вакцинацію проти грипу, вірусного гепатиту А,В,С, дифтерії, сказу та ін.; забезпечення вітамінами та імуномодуляторами, проведення імунодіагностики.

5.7.9. Програма „І” – „Профілактичне обстеження та диспансеризація”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичної допомоги (послуг) в межах лімітів,

передбачених у Договорі страхування, а саме: проведення в повному обсязі лабораторних, функціональних та інструментальних методів обстеження та комплексного диспансерного обслуговування.

5.7.10. Програма „П” – „Пологи”. На умовах цієї Програми Страховик гарантує оплату вартості медичних послуг пов'язаних з комплексною амбулаторно-поліклінічною та стаціонарною допомогою під час пологів та післяпологового періоду (протягом місяця після пологів), а саме: ведення передпологового періоду кваліфікованим лікарем; ведення фізіологічних та патологічних пологів. За погодженням зі Страховиком, при умові збільшення страхового тарифу, Програма може доповнюватися: післяпологове перебування матері і дитини в комфортній палаті; патронаж (активне динамічне спостереження) новонародженого протягом одного місяця життя після пологів; післяпологове спостереження за жінкою в жіночій консультації або поліклініці протягом одного місяця після пологів.

За згодою Страховика Договір страхування може бути укладений на умовах поєднання обраних Страхувальником Програм страхування.

5.8. Протягом строку дії Договору страхування сторони мають право вносити зміни в умови Договору страхування. Про намір внести зміни до умов Договору страхування сторона-ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Зміни до умов Договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого Договору страхування.

5.9. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. Страховиком можуть бути встановлені обмеження щодо території дії Договору страхування.

## **6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН**

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Ознайомитися з Правилами та умовами страхування.

6.1.2. Укласти Договір про страхування третьої особи за згодою цієї особи, яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

6.1.3. За домовленістю із Страховиком внести зміни до умов діючого Договору, про що укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

6.1.4. За згодою Страховика збільшити розмір страхової суми, обсяг медичної допомоги, кількість Застрахованих осіб, сплативши при цьому додатковий страховий платіж, про що укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

6.1.5. Достроково припинити дію Договору страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування, за наявності підстав, передбачених цими Правилами, Договором страхування та законодавством України.

6.1.6. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник є Застрахованою особою, отримувати страхові виплати шляхом оплати Страховиком вартості медичної допомоги та медичних послуг згідно умов Договору страхування.

6.1.7. Отримувати дублікат Договору страхування (страхового свідоцтва, полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

6.1.8. При укладанні Договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи фізичних осіб або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, на випадок смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання під час перебування у Лікувальному закладі.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

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



інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

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

6.2.4. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом 3 робочих днів, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування, з моменту, коли в нього з'явилась можливість це зробити, будь-яким засобом, що дозволяє об'єктивно зафіксувати факт повідомлення.

Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа.

6.2.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження та за його результатами приймати рішення щодо прийняття на страхування.

6.3.2. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію.

6.3.3. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно проводити розслідування причин та обставин події, що підпадає під ознаки страхового випадку. З цією метою Страховик має право призначити незалежних експертів, направити Застраховану особу для проходження медичного огляду до вказаного Страховиком медичного закладу або лікаря (чи направити лікаря до Застрахованої особи для її огляду).

6.3.4. В разі наявності сумнівів в обґрунтованості (законності) здійснення страхової виплати, відстрочити її до отримання підтвердження або спростування цих сумнівів відповідними органами на строк, що не може перевищувати 3-х місяців.

6.3.5. Відмовити у страховій виплаті у випадках, зазначених у розділі 3 та 9 цих Правил.

6.3.6. Вимагати повернення страхової виплати, виплаченої за Договором страхування, якщо після її виплати стало відомо про обставини, зазначені у розділі 3 та 9 цих Правил.

6.3.7. Достроково припинити дію Договору страхування, якщо Страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи під час укладання Договору страхування.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

6.4.2. Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Застрахованій особі (або іншій особі, зазначеній в Договорі страхування) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг.

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

6.4.4. Не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

6.4.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником (Застрахованою особою) при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

6.4.6. За заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, переукласти з ним Договір страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки

Страховика.

6.5. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання Сторонами обов'язків за Договором страхування.

6.6. Договором страхування також можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи.

Права та обов'язки неповнолітніх Застрахованих осіб за Договором страхування здійснюють їх законні представники - батьки або опікуни (піклувальники).

## **7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ**

7.1. В разі настання страхового випадку Застрахована особа для отримання медичної допомоги та медичних послуг, передбачених Договором страхування, повинна звернутися до Лікувального закладу з переліку Лікувальних закладів, визначених у Договорі страхування або до Асистуючої компанії (якщо отримання медичної допомоги передбачено Договором страхування через Асистуючу компанію).

7.2. При зверненні до Лікувального закладу Страхувальник (Застрахована особа) повинен пред'явити документ, що посвідчує Страхувальника (Застраховану особу).

7.3. Лікувальний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не передбачене договором з таким закладом.

7.4. Якщо мало місце звернення Застрахованої особи до закладу охорони здоров'я, який не був передбачений Договором страхування, то після настання страхового випадку Страхувальнику або Застрахованій особі необхідно без затримки, але в будь-якому разі не пізніше, ніж за 3 дні (за винятком вихідних та святкових днів), якщо інше не передбачено Договором, повідомити про це Страховика або його представника засобом, який дозволяє підтвердити факт повідомлення, для погодження із Страховиком оплати медичної допомоги.

7.5. У випадку смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання під час перебування у Лікувальному закладі Вигодонабувач (у разі його відсутності - Страхувальник або родичі Застрахованої особи) повинні повідомити про це Страховика у термін до 2-х днів, якщо інший термін не передбачений Договором страхування.

7.6. Документами, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір виплат є:

7.6.1. Первинна медична документація із зазначенням профілю відділення, діагнозу захворювання; переліку призначених процедур і заходів, переліку медикаментів та матеріалів:

- витяг з історії хвороби (епікриз) - при стаціонарному лікуванні;
- амбулаторна картка, листок непрацездатності або довідка Лікувального закладу, підписана відповідальною особою та скріплена печаткою цього закладу або іменною печаткою лікаря, щодо діагнозу та тривалості лікування Застрахованої особи - при амбулаторному лікуванні;
- оформлений належним чином рецепт призначення медикаментів або виписка із медичної картки про призначення медикаментів із зазначенням дози та кількості;

7.6.2. Рахунки Лікувального закладу (закладу охорони здоров'я) на оплату вартості наданої Застрахованій особі медичної допомоги (медичних послуг) або перелік з вказівкою вартості (кошторис, рахунок-фактура) необхідної медичної допомоги (медичних послуг), оформлений у встановленому порядку - у разі необхідності попередньої оплати лікування Застрахованої особи.

7.6.3. Рахунки (або інші документи, за формою, встановленою відповідним договором) Аптеки з зазначенням переліку медикаментів, матеріалів та їх кількості і вартості.

7.6.4. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи, документ Лікувального закладу, під

час перебування в якому настала смерть Застрахованої особи, про причину настання смерті, рахунки на оплату послуг по репатріації Застрахованої особи.

7.6.5. Інші документи, передбачені договором по співпрацю між Страховиком і Лікувальною установою або договором між Страховиком і Асистуючою компанією.

7.6.6. Документи, які підтверджують оплату Застрахованою особою (Страхувальником) медичної допомоги та лікарських препаратів або оплату Вигодонабувачем (спадкоємцем, родичем Застрахованої особи) послуг по репатріації Застрахованої особи (штамп про оплату, розписка про отримання грошей, банківська квитанція з зазначеною сумою на переказ, чеки, квитанції тощо). У випадку самостійної оплати Вигодонабувачем вартості послуг по репатріації Застрахованої особи ним подаються документи, що підтверджують факт оплати.

7.6.7. При необхідності - інші документи, на розсуд Страховика, які мають значення для встановлення обставин страхового випадку та розміру страхової виплати.

## **8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ**

8.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (Застрахованої особи) про страхову виплату і страхового акта шляхом оплати Лікувальному закладу вартості медичної, медико-санітарної допомоги, медикаментів та матеріалів та/або шляхом оплати Аптеці вартості медикаментів та матеріалів, наданих Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком, в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування.

Страховий акт складається Страховиком або уповноваженою ним особою на підставі документів, зазначених у пункті 7.6 цих Правил, у формі, що визначається Страховиком.

Страховик здійснює страхову виплату Лікувальному закладу на підставі та на умовах відповідного договору, укладеного з таким закладом.

8.2. У випадках, коли в Лікувальному закладі або Аптеці, передбачених Договором страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено із Страховиком), немає медикаментів та матеріалів, що необхідні для надання Застрахованій особі медичної допомоги, Страховик може здійснити страхову виплату Застрахованій особі (Страхувальнику) для відшкодування витрат на оплату вартості медикаментів та матеріалів, що придбані нею (ним) самостійно. В цьому разі страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів, зазначених в п. 7.6 цих Правил, а також касових чеків, копій товарних чеків фармацевтичних установ.

У разі, якщо Застрахованою особою є неповнолітня особа, страхову виплату отримують її законні представники (батьки, опікуни, піклувальники), які оплатили вартість медикаментів та матеріалів.

Страхову виплату може одержати також інша особа за письмовим розпорядженням Застрахованої особи, оформленим згідно чинного законодавства.

У разі смерті Застрахованої особи страхову виплату для відшкодування витрат на оплату вартості медикаментів та матеріалів, необхідних для її лікування, що були придбані нею за власний рахунок, отримує Вигодонабувач, а якщо він не призначений - спадкоємці Застрахованої особи. Для отримання такої виплати Страховику надаються документи, передбачені п. 7.6 цих Правил, у тому числі копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи. Крім того, для отримання страхової виплати Страховику надається документ, що посвідчує особу отримувача страхової виплати.

8.3. Договором страхування може бути передбачено, що у разі надання Застрахованій особі медичної допомоги в Лікувальних закладах, які не передбачені Договором страхування та/або в закладах охорони здоров'я, з якими Страховик не має договору про надання медичної допомоги (медичних послуг) Застрахованим особам, Страховик може здійснити

страхову виплату Застрахованій особі безпосередньо або за її письмовим розпорядженням здійснювати страхову виплату Лікувальному закладу або закладу охорони здоров'я, який надавав медичну допомогу.

Страховик здійснює страхову виплату на підставі страхового акту та документів, передбачених п. 7.6 цих Правил. Крім того, для отримання страхової виплати Застрахованою особою Страховику надається документ, що посвідчує Застраховану особу.

8.4. Страховик може здійснювати страхову виплату, у відповідності до умов Договору страхування, Асистуючій компанії, яка організує надання медичної допомоги Застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної Договором страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів, передбачених п. 7.6 цих Правил у порядку та в строки, передбачені договором між Страховиком та Асистуючою компанією.

8.5. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок захворювання під час перебування в Лікувальному закладі Вигодонабувачу, який самостійно оплатив вартість послуг по репатріації Застрахованої особи, або, якщо Вигодонабувач не був призначений, іншій особі, яка оплатила вартість послуг по репатріації Застрахованої особи, Страховиком здійснюється страхова виплата у розмірі фактичних витрат, пов'язаних з репатріацією Застрахованої особи. Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів, передбачених п. 7.6 цих Правил. Крім того, для отримання страхової виплати Страховику надається документ, що посвідчує особу отримувача страхової виплати.

8.6. Страхова виплата за п. 8.2, 8.3 та 8.5 цих Правил здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту отримання всіх необхідних документів, зазначених в розділі 7 цих Правил, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

8.7. Загальна сума страхових виплат по кожній Застрахованій особі не може перевищувати страхової суми, встановленої Договором страхування для цієї Застрахованої особи.

8.8. Страховик може здійснювати страхову виплату через свою касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов Договору страхування.

8.9. За кожен день безпідставної затримки страхової виплати, що сталася з вини Страховика, ним сплачується пеня у розмірі, визначеному Договором страхування або договором із Лікувальним закладом (Асистуючою компанією) або законом, залежно від того, кому здійснюється виплата.

8.10. Страховик, за наявності для цього підстав, відмовляє у страховій виплаті з обов'язковим повідомленням про це Страхувальника (Застрахованої особи).

Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк до 15 календарних днів з моменту отримання від Страхувальника (Застрахованої особи) документів на страхову виплату, якщо інший строк не передбачений договором страхування. У разі прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати, Страховик повідомляє про таке рішення цим особам в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 5 робочих днів з дня прийняття такого рішення.

## **9. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

9.1. Підставою для відмови Страховика у здійсненні страхової виплати є:

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

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

9.1.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

9.1.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

9.1.5. Інші випадки, передбачені законом.

9.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить цим Правилам та закону.

9.3. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником (Застрахованою особою) у судовому порядку.

## 10. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

10.1.1. Закінчення строку дії.

10.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

10.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору.

10.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування".

10.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

10.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

10.1.7. В інших випадках, передбачених законодавством України.

10.2. Договір страхування може бути достроково припинений за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, і якщо інше не передбачено умовами Договору страхування і законодавством України.

10.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, 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.

10.4. 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 йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим

Договором страхування.

10.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії Договору страхування.

## **11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

11.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, розв'язуються шляхом переговорів.

11.2. Спори між Страховиком і Страхувальником з приводу обставин, характеру, розміру витрат і страхових виплат можуть вирішуватися сторонами з притягненням експертів і оплатою їх послуг стороною, яка запрошує експерта.

11.3. При неможливості врегулювання спірних питань, справа розглядається у судовому порядку, згідно з законодавством України.

11.4. Позов по вимогам, які витікають із Договору страхування, може бути пред'явлений Страховику протягом строків позовної давності, що передбачені законодавством України.

## **12. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

12.1. Наслідки збільшення страхового ризику під час дії Договору страхування:

12.1.1. Під час дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний негайно (протягом 3-х днів) повідомити Страховика про значні зміни, що стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво вплинути на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то Договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах).

12.1.2. В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати Страхувальником додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику.

12.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору страхування або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору. При цьому, Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим Договором страхування.

12.1.4. У випадку, якщо Страхувальник не повідомить Страховика про значні зміни під час дії Договору страхування в обставинах, які враховувались при укладанні Договору, останній має право вимагати дострокового припинення дії Договору у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування.

12.2. У разі, якщо з'ясується, що дії Страхувальника (Застрахованої особи), які призвели до настання страхового випадку, мали протиправний характер, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та повернення фактично здійснених страхових виплат, до яких призвели ці дії.

12.3. Якщо по факту, який став причиною настання страхового випадку, ведеться кримінальна справа або розпочато судовий процес, рішення Страховика про страхову виплату може бути відкладене до закінчення розслідування і судового розгляду або встановлення факту відсутності провини Страхувальника (Застрахованої особи).

12.4. Конкретні умови страхування визначаються за згодою сторін при укладенні договору страхування, та повинні відповідати цим Правилам страхування і не суперечить чинному законодавству України.

12.5. Права та обов'язки Страховика та (або) Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.

**Додаток № 1**  
**до Правил добровільного медичного страхування**  
**(безперервного страхування здоров'я)**  
**від „07” листопада 2008 р.**

**СТРАХОВІ ТАРИФИ**

Наведені нижче страхові тарифи розраховані з урахуванням Програми страхування (п. 5.7. Правил), яка обирається Страхувальником при укладенні конкретного договору страхування.

1. **Розмір базових річних страхових тарифів** (у % від страхової суми) на одну застраховану особу в залежності від обраної Програми страхування та при умові страхування на випадок настання страхового випадку, передбаченого п. 3.2.1. Правил наведений в Таблиці №1 даного Додатку.

Таблиця № 1

<b>Програма страхування*</b>	<b>Страховий тариф з попереднім медичним обстеженням, у % від страхової суми</b>	<b>Страховий тариф, без попереднього медичного обстеження, у % від страхової суми</b>
Програма „А”	7,7	12,5
Програма „Б”	7,5	12,3
Програма „В”	3,1	5,0
Програма „Г”	6,4	9,1
Програма „Д”	14	15
Програма „Е”	14,8	15,2
Програма „Ж”	16,1	18,5
Програма „З”	5,6	6,9
Програма „І”	9,5	10,3
Програма „П”	29,5	35,5

\* Примітка.

Програми страхування згідно п. 5.7 Правил:

Програма „А” - "Амбулаторно-поліклінічна допомога" (п. 5.7.1 Правил);

Програма „Б” - "Стационарна допомога" (п. 5.7.2 Правил);

Програма „В” - "Швидка медична допомога" (п. 5.7.3 Правил);

Програма „Г” - "Стоматологічна допомога" (п. 5.7.4 Правил);

Програма „Д” - "Страхування дітей" (п. 5.7.5 Правил);

Програма „Е” - "Медична реабілітація та санаторно-курортне лікування" (п. 5.7.6 Правил);

Програма „Ж” - „Нетрадиційна медицина” (п. 5.7.7 Правил);

Програма „З” - „Профілактична медицина” (п. 5.7.8 Правил);

Програма „І” - „Профілактичне обстеження та диспансеризація” (п. 5.7.9 Правил);

Програма „П” - „Пологи” (п. 5.7.10 Правил).

При укладанні Договору страхування, умови якого додатково передбачають страховий випадок, передбачений умовами п 3.2.2. Правил, до базового страхового тарифу, передбаченого відповідною програмою страхування, зазначеного в Таблиці № 1 додатково додається 0,3% від страхової суми.

**2. Знижки:**

Якщо укладається договір страхування декількох осіб, то розрахунок базового тарифу

при страхуванні на 1 рік проводиться з урахуванням знижок, передбачених в Таблиці № 2:

**Страховий тариф = базовий тариф \* коефіцієнт знижки**

Таблиця № 2

<b>Укладення договору без попереднього медичного обстеження</b>	
<b>Кількість Застрахованих осіб</b>	<b>Коефіцієнт знижки</b>
від 60 до 100	0,99
понад 100 до 200	0,87
понад 200 до 500	0,81
понад 500 до 1000	0,78
понад 1000	0,74
<b>Укладення договору з попереднім медичним обстеженням</b>	
<b>кількість Застрахованих осіб</b>	<b>Коефіцієнт знижки</b>
від 60 до 100	0,91
понад 100 до 200	0,8
понад 200 до 500	0,75
понад 500 до 1000	0,71
понад 1000	0,68

### 3. Надбавки:

В кожному окремому випадку використовуються надбавки згідно таблиць № 3, № 4:

**Страховий тариф = базовий тариф \* коефіцієнт надбавки**

3.1.

Таблиця № 3

<b>Результати обстеження, фактори ризику</b>	<b>Коефіцієнт надбавки</b>
функціональні розлади та хронічні захворювання	1,3
паління	1,01
регулярне вживання алкоголю	1,05
надлишкова вага	1,02
спадковість	1,03
несприятливий екологічний стан	1,3
Важкі умови праці (робітники, зайняті на підземних, гірських роботах, сталеплавильних цехах та ін.)	1,4

3.2.

Таблиця № 4

<b>Вік Застрахованої особи</b>	<b>Коефіцієнт надбавки</b>
Від 50 до 60 років	1,1
Від 61 до 70 років	1,25
Більше 70 років	1,45

У будь-якому випадку страховий тариф не може перевищувати 85 % від страхової суми.

4. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці № 5, в залежності від строку дії Договору страхування:



**Страховий тариф =**  
**базовий тариф \* коефіцієнт знижки \* коефіцієнт надбавки \* коефіцієнт короткостроковості**

Таблиця № 5

Коефіцієнти короткостроковості в залежності від строку дії договору страхування											
Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості	0,27	0,33	0,4	0,47	0,53	0,6	0,67	0,73	0,8	0,87	0,93

5. Розмір нормативних витрат на ведення справи, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів складає 20%. Конкретний розмір витрат на ведення справи визначається в договорі страхування за згодою сторін і може складати від 3 % до 30% .
6. Страховик має право змінювати (зменшувати або збільшувати) тарифні ставки залежно від індивідуального ступеня ризику (специфіки підприємства - Страхувальника, статеві-вікових факторів застрахованої особи), умов страхування, розміру страхової суми, рівня медичної допомоги тощо, застосовуючи до базового страхового тарифу понижуючі (від 0,99 до 0,001) та/або підвищувальні (від 1,01 до 6,0) коефіцієнти.

Актуарій



С. Топольська

Генеральний директор



Хомич М.В.

В цьому документі прохито,  
пронумеровано, скріплено підписом та  
печаткою 18 (вісімнадцять) аркушів

Генеральний директор

М.В. Момич

Місце: *Косівський район*  
дир. *М.В. Момич*

*М.В. Момич*

Підпис

30.12.08

РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР  
038 1746

Додатковий доповнительний документ  
№ 038/1746  
М.П. *М.В. Момич*  
30001181  
Україна м. Запоріжжя