

"ЗАТВЕРДЖЕНО"

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



Хомич М.В.

ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
МЕДИЧНИХ ВИТРАТ
(нова редакція)

м. Запоріжжя - 2008р.

ТЕРМІНИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ЦИХ ПРАВИЛАХ

Асистуюча компанія – компанія, яка згідно діючого законодавства має право надавати послуги з організації медичної допомоги та яка має із Страховиком договір про співпрацю.

Близькі родичі Застрахованого – чоловік/ дружина, діти, мати, батько, рідні брати та сестри Застрахованого.

Договір страхування - 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 терміни та виконувати інші умови Договору.

Застрахована особа - особа, про страхування якої укладено Договір страхування і яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Критичний стан – такий стан здоров'я Застрахованої особи, коли незастосування екстрених заходів (Медичних, хірургічних, реанімаційних тощо) може спричинити її смерть.

Медична допомога – сукупність медичних та профілактичних заходів, які проводяться при захворюваннях, травмах, вагітності та пологах, а також з метою попередження захворювань і травм.

Медичний заклад – юридична або фізична особа, яка згідно діючого законодавства має право надавати медичну допомогу, в тому числі – фармацевтичну.

Нещасний випадок – раптова, короткочасна непередбачена подія, що не залежить від волі Страхувальника (Застрахованої особи) та призвела до травматичного ушкодження чи іншого розладу здоров'я Застрахованої особи.

Раптове захворювання – гостре погіршення стану здоров'я у зв'язку з несподіваною хворобою, що становить загрозу життю Застрахованої особи та вимагає негайного медичного втручання.

Страховик - фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю згідно з Законом України “Про господарські товариства” з урахуванням особливостей, передбачених Законом України “Про страхування”, а також одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. У цих Правилах Страховиком є ТДВ «Страхова компанія Роксолана».

Страхувальники - юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування.

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

Страховий випадок - подія, що передбачається Договором страхування, яка вже відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) або Медичному закладу чи Асистуючій компанії.

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

Страхова сума - грошова сума, в межах якої Страховик, відповідно до умов Договору страхування, зобов'язаний здійснити виплату у разі настання страхового випадку.

Страховий тариф - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

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

Страховий поліс – документ, що є формою Договору страхування і який посвідчує факт укладання Договору страхування.

Франшиза - частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного страхування медичних витрат (у подальшому – Правила) визначають умови, на підставі яких Товариство з додатковою відповідальністю „Страхова компанія Роксолана” (в подальшому - Страховик) укладає договори добровільного страхування медичних витрат з фізичними та юридичними особами (в подальшому – Страхувальники).

1.2. На умовах цих Правил Страховик зобов'язується здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичних витрат, які мали місце під час дії Договору страхування при настанні подій, передбачених Договором страхування, на випадок яких проводилось страхування.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

2.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону і пов'язані з життям та здоров'ям Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

3.1. Страхова сума визначається за погодженням між Страхувальником та Страховиком і зазначається в Договорі страхування для кожної Застрахованої особи.

3.2. Страхова сума може бути встановлена по кожному страховому випадку окремо або по Договору страхування у цілому (набір всіх страхових ризиків).

3.3. Страховик несе відповідальність за Договором страхування по Застрахованій особі в межах страхової суми, визначеної для цієї особи. В разі виплати частини страхової суми Страховик несе відповідальність за Договором до кінця терміну його дії в межах різниці між страховою сумою та проведеною страховою виплатою.

3.4. Загальна сума страхових виплат не може перевищувати страхової суми за Договором страхування.

3.5. Під час дії Договору страхування Страхувальник за погодженням із Страховиком може збільшити розмір страхової суми, сплативши при цьому додаткову страхову премію, та уклавши про це відповідну додаткову угоду.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ, СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком згідно з цими Правилами є:

4.1.1. раптове захворювання Застрахованої особи або розлад її здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для життя Застрахованої особи;

4.1.2. розлад здоров'я, тілесні ушкодження Застрахованої особи у зв'язку з нещасним випадком;

4.1.3. непередбачений раптовий розлад здоров'я Застрахованої особи під час післяопераційного стану;

4.1.4. смерть Застрахованої особи під час перебування в Медичному закладі у зв'язку з захворюваннями, передбаченими п.п.4.1.1.-4.1.3. цих Правил.

4.2. Страховими випадками, за якими, відповідно до Договору страхування та цих Правил, Страховик здійснює страхову виплату, є:

4.2.1. отримання Застрахованою особою медичної допомоги у Медичному закладі, визначеному у Договорі страхування або через Асистуючу компанію (якщо це передбачено Договором страхування), яке мало місце під час дії Договору страхування.

4.2.2. смерть Застрахованої особи під час перебування в Медичному закладі у зв'язку з захворюваннями, передбаченими у п.п.4.1.1.-4.1.3. цих Правил.

5. ВИТРАТИ, ЯКІ ВІДШКОДОВУЄ СТРАХОВИК

Відповідно до цих Правил Страховик, в разі настання страхового випадку, оплачує такі витрати в межах страхової суми:

5.1. Витрати, викликані подіями, зазначеними в п. 4.1.1., 4.1.2. та 4.1.3. цих Правил:

5.1.1. Надання стаціонарної допомоги в медичних закладах, включаючи:

- вартість медикаментозного лікування;
- вартість діагностичних та медичних процедур (включаючи оперативні втручання), а також використання будь-якого необхідного для лікування медичного обладнання;
- консультаційні послуги;
- вартість перебування в палатах (у тому числі реанімаційних);
- харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у даному Медичному закладі;
- інші послуги, пов'язані із перебуванням Застрахованої особи в медичному закладі, передбачені договором страхування.

5.1.2. Надання амбулаторної допомоги в Медичному закладі або дипломованим лікарем (консультації, лікарняні послуги, діагностичні дослідження, медикаменти, перев'язочні засоби, необхідні засоби фіксації) та ін. Оплата ліків, придбаних за рецептом лікаря, на підставі пред'явленого оригіналу документу про сплату (чек, копія чеку та ін.).

5.1.3. Невідкладна стоматологічна допомога (в межах встановленого ліміту).

5.1.4. Невідкладна пологова допомога до 7-го місяця вагітності.

5.1.5. Надання швидкої медичної допомоги (в тому числі на місці виникнення надзвичайних медичних обставин).

5.1.6. Медичні перевезення:

- транспортування Застрахованої особи до найближчого медичного закладу відповідного профілю або до лікаря, який знаходиться поблизу;
- медична евакуація, включаючи витрати на супроводжуючу особу при наявності медичного висновку про необхідність супроводження до постійного місця проживання.

5.2. Витрати, викликані подією зазначеною в п. 4.1.4. цих Правил:

5.2.1. Перевезення тіла померлої Застрахованої особи до постійного місця проживання. При цьому Страховик відшкодовує витрати близьких родичів Застрахованої особи або особи, що призначається Застрахованою особою при укладанні Договору страхування (Вигодонабувача).

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 Медичному 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.

6. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

6.1. Не можуть бути застрахованими особи, які:

6.1.1. визнані в установленому порядку недієздатними;

6.1.2. хворі на тяжкі нервові захворювання (пухлина головного мозку, пухлини спинного мозку та хребта, враження нервової системи при злоякісних новоутвореннях, смерть мозку, травми хребта та спинного мозку, гостре порушення мозкового кровообігу (інсульт), енцефаліт гострий некротичний), СНІД, душевнохворі;

- 6.1.3. є інвалідами I, II або III групи, крім випадків окремо узгоджених зі Страховиком та обумовлених в Договорі страхування.
- 6.2. До страхових випадків не відносяться події, які сталися внаслідок:
- 6.2.1. тілесних ушкоджень та розладів здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, яка не має відповідної медичної освіти та/ або ліцензії;
 - 6.2.2. навмисного скоєння або спроби скоєння Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень;
 - 6.2.3. самогубства або замаху на самогубство;
 - 6.2.4. будь-яких фізичних або розумових вад розвитку;
 - 6.2.5. вживання алкоголю або будь-яких речовин, вжитих з метою сп'яніння або в стані сп'яніння (різні спирти, технічні рідини з вмістом спирту, розчинники, кислоти, луги та ін.), а також травми, отримані Застрахованою особою внаслідок сп'яніння або вчинків, пов'язаних із сп'янінням;
 - 6.2.6. вживання наркотичних речовин без призначення лікарем та навіть при призначенні лікарем, якщо це призвело до звикання до наркотичних речовин;
 - 6.2.7. контактів з токсичними речовинами за винятком тих, що виникли внаслідок нещасних випадків;
 - 6.2.8. воєнних дій будь-якого роду безпосередньо або опосередковано;
 - 6.2.9. народних хвилювань, демонстрацій, якщо Застрахована особа брала у них участь;
 - 6.2.10. участі в парі, правопорушеннях або бійках (крім випадків самозахисту);
 - 6.2.11. прямої чи непрямой дії радіоактивного випромінювання, хімічного, бактеріологічного забруднення;
 - 6.2.12. керування Застрахованою особою будь-якими транспортними засобами без відповідного посвідчення та/або дозволу;
 - 6.2.13. польотів, окрім як у якості пасажира на офіційному перевізнику;
 - 6.2.14. виконання будь-якої фізичної праці, заняття спортом (включаючи змагання та тренування), їзди на мотоциклах, скутерах, мопедах, верхової їзди, підводного плавання, стрибків з парашутом, екстремальних розваг, крім випадків, коли це спеціально не обумовлено у Договорі страхування та сплачено додаткову страхову премію.
- 6.3. Страховик не відшкодує витрати:
- 6.3.1. пов'язані з захворюваннями, які до дати початку страхування вимагали лікування. Виключення складають ситуації порятунку життя, зняття гострого болю чи обов'язкового медичного втручання для запобігання тривалій непрацездатності;
 - 6.3.2. пов'язані з курсом лікування, розпочатим раніше або триваючим під час дії Договору страхування, незважаючи на існування медичних застережень;
 - 6.3.3. пов'язані з вагітністю терміном більше 7 місяців чи абортами (за винятком вимушеного переривання вагітності, що було наслідком нещасного випадку) та пологами;
 - 6.3.4. пов'язані з венеричними захворюваннями, СНІДом та його наслідками чи будь-яким подібним синдромом;
 - 6.3.5. пов'язані з лікуванням онкологічних захворювань;
 - 6.3.6. пов'язані з косметичною чи пластичною хірургією, якщо тільки вона не обумовлена травмою, отриманою внаслідок нещасного випадку в період страхування;
 - 6.3.7. пов'язані з діагностикою та лікуванням, які не є обов'язковими з медичної точки зору;
 - 6.3.8. пов'язані з лікуванням нетрадиційними методами;
 - 6.3.9. пов'язані зі стоматологічною допомогою, яка перевищує необхідну екстрену (невідкладну) допомогу;
 - 6.3.10. пов'язані з реабілітацією та фізіотерапією;
 - 6.3.11. пов'язані з штучним заплідненням, лікуванням безпліддя, витрати по запобігання вагітності;

6.3.12. пов'язані з наданням додаткового комфорту, а саме: радіоприймача, телевізора, кондиціонера, послуг перукаря, косметолога тощо;

6.3.13. членів родини Застрахованої особи під час госпіталізації Застрахованої особи (крім витрат близького родича або Вигодонабувача, який призначається Застрахованою особою, що обумовлено в п.5.2.1. цих Правил);

6.3.14. пов'язані з медичною допомогою та медичними послугами, що не передбачені Договором страхування;

6.3.15. пов'язані з лікуванням хронічних захворювань, на які Застрахована особа хворіла на час укладання Договору страхування, крім випадків їх загострення.

6.4. Страховик не здійснює, якщо інше не передбачено Договором страхування, страхову виплату за:

6.4.1. ортопедичні пристосування та пристрої, окуляри, слухові апарати, інвалідні візки та таке інше;

6.4.2. оперативні втручання, які пов'язані з пересадкою органів і тканин;

6.4.3. лікування злоякісних новоутворень.

6.5. Страховиком можуть бути встановлені обмеження щодо віку для Застрахованої особи, території дії Договору страхування, інші обмеження, визначені у Договорі страхування.

7. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою Страхувальника і Страховика і, як правило, складає один рік. Договір страхування вважається короткостроковим, якщо він укладений на строк менше одного року. При цьому розмір страхового платежу визначається згідно з Додатком 1 до цих Правил.

7.2. Місце дії Договору страхування – Україна, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник надає Страховику письмову Заяву за встановленою Страховиком формою або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

8.2. Страхувальник має право укласти Договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою. Якщо Страхувальник уклав Договір страхування відносно себе, то він одночасно є і Застрахованою особою.

8.3. У разі страхування групи осіб Страхувальник додає до Заяви список осіб, що підлягають страхуванню, належним чином завіреним, який в одночас є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

8.4. Заповнення бланку Заяви не зобов'язує Страховика до укладення Договору страхування.

8.5. Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику страхову премію, розмір якої розраховується за тарифними ставками Страховика.

8.6. При укладанні Договору страхування Страхувальник надає Страховику всю необхідну інформацію щодо особи, яка має бути застрахованою, за достовірність якої він несе відповідальність.

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

8.8. У разі втрати Страхувальником примірника Договору страхування в період дії Договору страхування Страховик за письмовою заявою Страхувальника видає його дублікат.

8.9. З моменту видачі дублікату втрачений примірник Договору страхування втрачає чинність і ніякі виплати по ньому не здійснюються.

8.10. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись Страховим полісом (свідоцтвом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

9.1.1. ознайомитися з Правилами страхування;

9.1.2. на компенсацію витрат, визначених Договором страхування відповідно до цих Правил, за одержані медичні послуги;

9.1.3. за письмовим дорученням, оформленим згідно з чинним законодавством, доручити іншій особі отримати належну йому виплату.

9.2. Страхувальник зобов'язаний:

9.2.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.2.2. при укладанні Договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.2.3. при укладенні договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета договору;

9.2.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

9.2.5. повідомити про настання страхового випадку Страховика (виконуючи умови п. 10.2.2. та п.10.4. цих Правил) та/або Асистуючу компанію (виконуючи умови п.10.1 та п.10.3. цих Правил);

9.2.6. погоджувати зі Страховиком та Асистуючою компанією (якщо Асистуюча компанія передбачена Договором страхування) всі дії, пов'язані з лікуванням та іншими послугами в разі раптового захворювання, нещасного випадку та інших обставин, обумовлених Договором страхування;

9.2.7. виконувати розпорядження та/ або рекомендації Страховика (Асистуючої компанії);

9.2.8. надати можливість огляду Застрахованої особи лікарями-експертами, уповноваженими Страховиком або Асистуючою компанією, якщо вона передбачена Договором страхування.

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

9.3. Страховик має право:

9.3.1. одержувати від Страхувальника необхідну інформацію для правильної оцінки ризику;

9.3.2. перевіряти повідомлену Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію та документи;

9.3.3. відмовити у страховій виплаті згідно з п.13.1. цих Правил.

9.4. Страховик зобов'язаний:

9.4.1. ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування;

9.4.2. протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

9.4.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату або виплату страхового відшкодування у передбачений договором строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом;

9.4.3. не розголошувати відомості про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом;

9.4.4. оплатити медичні витрати в обсязі та в терміни, передбачені Договором страхування;

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

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

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

9.5. Договором страхування може бути передбачено, що Застрахована особа зобов'язана:

9.5.1. повідомити Страховика про інші діючі договори медичного страхування та договори страхування медичних витрат при укладанні Договору страхування, а також в період дії Договору страхування;

9.5.2. повідомити про настання страхового випадку Страховика (виконуючи умови п. 10.2.2. та п. 10.4. цих Правил) та/ або Асистуючу компанію (виконуючи умови п. 10.1. та п. 10.3. цих Правил);

9.5.3. ніяким чином не ускладнювати наслідки страхових випадків, а навпаки, вжити всіх заходів щодо зменшення величини збитків, викликаних страховим випадком;

9.5.4. погоджувати зі Страховиком та Асистуючою компанією (якщо Асистуюча компанія передбачена Договором страхування) всі дії, пов'язані з лікуванням та іншими послугами в разі раптового захворювання, нещасного випадку та інших обставин, обумовлених Договором страхування;

9.5.5. виконувати розпорядження та/ або рекомендації Страховика (Асистуючої компанії);

9.5.6. надати можливість огляду лікарями-експертами, уповноваженими Страховиком або Асистуючою компанією, якщо вона передбачена Договором страхування.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

10.1. В разі раптового захворювання, загострення хронічного захворювання або нещасного випадку Страхувальник (Застрахована особа) для отримання медичної допомоги та медичних послуг, повинен звернутися до Медичного закладу з переліку Медичних закладів, визначених у Договорі страхування або до Асистуючої компанії (якщо отримання медичної допомоги передбачено Договором страхування через Асистуючу компанію).

10.2. При зверненні до Медичного закладу Страхувальник (Застрахована особа) повинен надати наступні документи:

- оригінал Договору страхування (Страхового полісу);
- документ, що посвідчує Страхувальника (Застраховану особу).

10.2.1. Медичний заклад сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не передбачено договором з таким Медичним закладом.

10.2.2. Якщо звернення Страхувальника (Застрахованої особи) мало місце до Медичного закладу, який не був передбачений Договором страхування, то після настання страхового випадку Страхувальнику (Застрахованій особі) необхідно без затримки, але в будь-якому разі не пізніше 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити про це Страховика або його представника.

10.3. При зверненні до Асистуючої компанії до моменту надання допомоги (за виключенням ситуацій коли Страхувальник (Застрахована особа) знаходиться в непритомному стані або його життю загрожує небезпека), повинен повідомити наступну інформацію за телефонами, що вказані в Договорі страхування:

- номер Договору страхування (Страхового полісу);
- ім'я Застрахованої особи, що потребує допомоги;

- місце знаходження та телефон, за яким можна підтримувати зв'язок із Застрахованою особою;

- детальний опис обставин події та характер необхідної допомоги.

10.3.1 Асистуюча компанія сповіщає Страховика про настання страхового випадку протягом 3 (трьох) робочих днів, якщо інше не передбачено договором з такою Асистуючою компанією.

10.4. Страхувальник (Застрахована особа) має право здійснити оплату за медичні послуги без узгодження з Асистуючою компанією, Страховиком або представником Страховика. В цьому випадку Страховик відшкодовує ці витрати Страхувальнику (Застрахованій особі) після отримання документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків в порядку, передбаченому п.12.6. цих Правил. Страхувальник (Застрахована особа) повинна повідомити Страховика про такий випадок протягом 48 годин, крім вихідних та святкових днів, після повернення, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

10.5. У випадку смерті Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок раптового захворювання (п.4.1.1. – п.4.1.3. цих Правил) під час перебування у Медичному закладі Вигодонабувач (у разі його відсутності – Страхувальник або родичі Застрахованої особи) повинні повідомити про це Страховика у термін до 2 (двох) робочих днів, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ВИПЛАТ

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

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

- витяг з історії хвороби (епікриз) та / або довідка Медичного закладу, підписана відповідальною особою та скріплена печаткою цього закладу або іменною печаткою лікаря - при стаціонарному лікуванні;

- амбулаторна картка, листок непрацездатності або довідка Медичного закладу, підписана відповідальною особою та скріплена печаткою цього закладу, 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;

11.1.2. Рахунки Медичного закладу 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;

11.1.3. Рахунки аптеки з зазначенням переліку медикаментів, матеріалів та їх кількості і вартості або документи про сплату (чеки, копії чеків та ін.);

11.1.4. Свідоцтво про смерть Застрахованої особи, документ Медичного закладу, під час перебування в якому настала смерть Застрахованої особи, про причину настання смерті, рахунки на оплату послуг по репатріації Застрахованої особи;

11.1.5. Інші документи, передбачені договором по співпрацю між Страховиком і Медичним закладом або договором між Страховиком і Асистуючою компанією;

11.1.6. Документів, які підтверджують оплату Страхувальником (Застрахованою особою) 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);

11.1.7. При необхідності - інші документи, які мають значення для встановлення обставин страхового випадку та розміру страхової виплати.

12. ПОРЯДОК ТА УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ. СТРОКИ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕНІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Здійснення страхових виплат проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі Заяви Страхувальника (Застрахованої особи) про страхову виплату і страхового акта шляхом оплати Медичному закладу вартості медичної допомоги (медичних послуг), медикаментів та матеріалів, наданих Застрахованій особі по кожному страховому випадку окремо або по Договору страхування у цілому (набір всіх страхових ризиків) в межах страхової суми, визначеної Договором страхування.

Страховий акт складається Страховиком або уповноваженою ним особою на підставі документів, зазначених у п. 11.1. цих Правил, у формі, що визначається Страховиком.

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

12.2. У випадках, коли в Медичному закладі, передбаченому Договором страхування, 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. 11.1. 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. 11.1. 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.

12.3. Договором страхування може бути передбачено, що у разі надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги в Медичних закладах, які не передбачені Договором страхування, з якими Страховик не має договору про надання медичної допомоги (медичних послуг) Застрахованим особам, Страховик може здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі) безпосередньо або за її письмовим розпорядженням здійснювати страхову виплату Медичному закладу, який надавав медичну допомогу.

Страховик здійснює страхову виплату на підставі страхового акту та документів, передбачених п. 11.1. цих Правил. Крім того, для отримання страхової виплати Застрахованою особою Страховику надається документ, що посвідчує Застраховану особу.

12.4. 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 страхової суми, визначеної

Договором страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі страхового акту та документів, передбачених п. 11.1. цих Правил у порядку та в строки, передбачені договором між Страховиком та Асистуючою компанією.

12.5. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок раптового захворювання під час перебування в Медичному закладі Страховик може здійснювати страхову виплату 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. 11.1. цих Правил. Крім того, для отримання страхової виплати Страховику надається документ, що посвідчує особу отримувача страхової виплати.

12.6. Страхова виплата за п.12.2., 12.3. та 12.5. цих Правил здійснюється Страховиком протягом 15 (п'ятнадцяти) календарних днів з моменту отримання всіх необхідних документів, зазначених в розділі 11 цих Правил, якщо інший термін не передбачено Договором страхування.

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

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

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

12.10. 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. 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.

12.11. Страхові виплати не здійснюються, якщо медична допомога надана після закінчення строку дії Договору страхування, за винятком випадків, коли надання медичної допомоги розпочалось під час дії Договору страхування.

13. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

13.1. Страховик має право відмовити у страховій виплаті якщо мали місце:

- навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи 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;
- вчинення Страхувальником або Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;
- подання Страхувальником свідомо неправдивих відомостей про предмет договору страхування, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику при укладанні або в період дії Договору страхування або подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку;

- несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру витрат;

- інші випадки, передбачені законом.

Договором страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у страховій виплаті, зокрема:

- Страхувальник не виконав своїх обов'язків за Договором страхування;

- порушення Застрахованою особою приписів лікаря та лікарняного режиму;

- у випадку порушення Страхувальником (Застрахованою особою) умов розділу 10 цих Правил.

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

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

14. ПОРЯДОК ЗМІН ТА УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

- закінчення строку його дії;

- виконання Страховиком своїх зобов'язань у повному обсязі;

- несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування терміни.

Примітка. При цьому Договір страхування 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 страхування;

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

- ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

- прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

- достроково за вимогою Страхувальника або Страховика згідно з умовами Договору страхування та чинним законодавством України;

- в інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору та законодавством України.

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.

14.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням 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.

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

14.5. Сума страхових платежів, що повертаються на умовах п. 14.3.-14.4. цих Правил виплачується Страхувальнику. З дати виплати цієї суми дія Договору страхування припиняється.

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

14.7. Якщо в період дії Договору страхування Страхувальник - юридична особа припиняється і встановлюються його правонаступники, то права та обов'язки Страхувальника переходять до правонаступника.

14.8. У разі смерті Страхувальника, який уклав Договір страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів Застрахованих.

14.9. Всі зміни та доповнення (додаткові угоди) до Договору страхування оформлюються в письмовому вигляді, в двох примірниках, по одному примірнику кожній із сторін, та розглядаються у якості невід'ємної частини до нього.

14.10. Сторона, що має намір внести зміни та доповнення в діючий Договір страхування, повідомляє про це іншу сторону в письмовому вигляді. Сторона, що отримала письмову заяву про внесення змін і доповнень в діючий Договір страхування, розглядає її протягом 10 робочих днів.

14.11. Сторони звільняються від відповідальності за часткове або неповне виконання обов'язків по Договору страхування, якщо це пов'язано з обставинами надзвичайного характеру, які виникли після його укладання, котрі не можна передбачити або запобігти, - на час дії цих обставин.

Обставинами надзвичайного характеру є: стихійне лихо, вплив ядерної енергії в будь-якому вигляді.

Якщо будь-які з таких обставин безпосередньо вплинули на строк виконання зобов'язань, тоді цей строк відсувається на час дії відповідної обставини.

При виникненні зазначених обставин Сторона зобов'язана повідомити про них іншу Сторону у 10-денний термін.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори, які виникають між суб'єктами страхування за Договором страхування укладеним згідно з цими Правилами, вирішуються шляхом переговорів.

15.2. У разі недостиження згоди будь-який спір, що виникає за Договором страхування або у зв'язку з ним, передається на розгляд і остаточне вирішення до суду чи господарського суду.

16. СТРАХОВІ ТАРИФИ

16.1. Страховий тариф визначається Страховиком залежно від чинників, що впливають на ступень ризику виникнення страхового випадку, а також від обраних Страхувальником страхових ризиків.

16.2. Страхова премія визначається множенням страхового тарифу на страхову суму. Страхові тарифи наведені у Додатку № 1 до цих Правил.

16.3. Страхувальник - резидент України вносить платежі лише у грошовій одиниці України.

16.4. Страхувальник - нерезидент України має право вносити платежі у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством України.

16.5. Страхувальник має право сплачувати страхову премію:

16.5.1. одноразово;

16.5.2. частинами, розмір та термін сплати яких обумовлений в Договорі страхування.

16.6. Страхувальник має право сплачувати страхову премію за безготівковим розрахунком, або вносити готівкою до каси Страховика.

16.7. Порядок та терміни сплати Страхувальником страхової премії визначається у Договорі страхування.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Наслідки збільшення страхового ризику в період дії Договору страхування.

17.1.1. В період дії Договору страхування Страхувальник зобов'язаний у 7-денний строк (якщо інший термін не передбачено Договором страхування) повідомити Страховика про значні зміни в відомостях, які були надані Страховику при укладанні Договору, якщо ці зміни можуть суттєво впливати 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).

17.1.2. У разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, Страховик має право вимагати зміни умов Договору страхування або сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику, що оформлюється додатковою угодою до діючого Договору страхування.

17.1.3. Якщо Страхувальник заперечує проти зміни умов Договору або доплати страхового платежу, Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору у зв'язку з невиконанням Страхувальником умов Договору страхування.

РОЗРАХУНОК ТАРИФНИХ СТАВОК
ТДВ „СК Роксолана”
до Правил добровільного страхування медичних витрат

1. Загальні положення

1.1. Страхування медичних витрат здійснюється Товариством з додатковою відповідальністю „Страхова компанія Роксолана” на підставі Правил добровільного страхування медичних витрат.

1.2. Розмір страхової премії залежить від факторів, які впливають на рівень імовірності настання страхового випадку.

1.3. Величина страхової премії для окремого Договору страхування визначається Страховиком на підставі відповідей Страхувальника на запитання заяви - опитувального листа, обсягу страхового захисту, який надає Страховик та інших факторів, які можуть суттєво вплинути на ступінь страхового захисту.

2. Страхові тарифи

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

2.2. Розміри страхового тарифу при страхуванні медичних витрат для різних видів ризику наведені у Таблиці 1.

Таблиця 1

№ п/п	Страхові ризики	Базовий страховий тариф, в % від страхової суми
4.1.1.	раптове захворювання Застрахованого або розлад здоров'я, що стався несподівано і становить загрозу для життя Застрахованого	1,1
4.1.2.	розлад здоров'я, тілесні ушкодження або травми Застрахованого у зв'язку з нещасним випадком	0,75
4.1.3.	непередбачений раптовий розлад здоров'я Застрахованого під час післяопераційного стану	0,35
4.1.4.	смерть Застрахованої особи під час перебування в Медичному закладі у зв'язку з захворюваннями, передбаченими п.п. 4.1.1.-4.1.3. цих Правил	0,1
	Всього	2,3

2.3. Страховик має право змінювати (зменшувати або збільшувати) тарифні ставки, наведені в Таблиці 1, залежно від ступеня ризику (кількості Застрахованих, специфіки підприємства, статево-вікових факторів), умов страхування, розміру страхової суми, рівня медичної допомоги тощо, застосовуючи до базового страхового тарифу знижуючи (від 0,99 до 0,001) та/або збільшуючи (від 1,01 до 15,0) коефіцієнти.

2.4. До річного страхового тарифу, при укладанні договорів страхування строком дії менше одного року, застосовуються наступні поправні коефіцієнти:

Таблиця 2

Період дії договору страхування, місяців*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт Коригує строкості	0,27	0,33	0,4	0,47	0,53	0,6	0,67	0,73	0,8	0,87	0,93

* При визначенні періоду дії договору страхування неповний місяць вважається за повний.

2.5. Розмір нормативних витрат на ведення справи, врахований при розрахунку видієльєдєних тарифів складає 30%. Конкретний розмір витрат на ведення справи визначається в договорі страхування за згодою сторін і може складати від 3 % до 30% .

Актурій

С. Топольська

Генеральний директор



Хомич М.В.

В цьому документі прошито,
пронумеровано, скріплено підписом та
печаткою 17(сімнадцять) аркушів

Генеральний директор

Хомич М.В.

Мислав Хомич
дир. генер.

Мислав Хомич



2181745
30.12.08
реєстраційний номер