

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

«26» лютого 2013 року  
Директор   
Пушкарьов О.В.  
  
«СТРАХОВЕ ТОВАРИСТВО «АВЕТА СТРАХУВАННЯ»  
Інституційний код 35144243

**ПРАВИЛА**  
**ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ**  
(безперервне страхування здоров'я)

№ 03.1

## ЗМІСТ

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	3
1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	4
2. СТРАХОВИЙ РИЗИК, СТРАХОВИЙ ВИПАДОК.....	4
3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА (АБО) РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ.....	4
4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ.....	5
5. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	6
6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН.....	7
7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ.....	8
8. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ.....	9
9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	9
10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ.....	10
11. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	11
12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ.....	12
13. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	12
14. ДОДАТОК 1. БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННЮ (БЕЗПЕРЕРВНОМУ СТРАХУВАННЮ ЗДОРОВ'Я).....	13
15. ДОДАТОК 2. СТРАХОВІ ТАРИФИ.....	19

## ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

**СТРАХОВИК** - ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВЕ ТОВАРИСТВО «АВЕСТА СТРАХУВАННЯ» у відповідності з чинним законодавством України та на підставі цих Правил (надалі за текстом - Правила) укладає Договори добровільного страхування з юридичними особами та дієздатними громадянами (надалі - Страхувальники) та приймає на себе за договором страхування за певну винагороду (страхова премія) зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) медичному закладу або Страхувальнику шляхом оплати наданих йому медичних послуг.

**СТРАХУВАЛЬНИК** - юридична особа, яка уклала Договір страхування із Страховиком.

**ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА** - фізична особа, на користь якої укладений Договір про страхування.

**МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД** - лікувально-профілактична установа, яка здійснює надання медичних послуг Страхувальнику або Застрахованій особі згідно Договору добровільного медичного страхування.

**СТРАХУВАННЯ** - це цивільно-правові відносини між Страхувальника/Застрахованою особою/Застрахованою особою і Страховиком, оформлені письмово, шляхом підписання Договору страхування, згідно якого Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму (її частину) шляхом оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та виконувати інші умови Договору.

**СТРАХОВА СУМА** - грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку.

**СТРАХОВА ПРЕМІЯ (ПЛАТІЖ, ВНЕСОК)** - плата за страхування, яку Страхувальник/Застрахована особа зобов'язані внести Страховику згідно з Договором страхування.

**СТРАХОВИЙ ТАРИФ** - ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування. Конкретний розмір страхового тарифу визначається у Договорі страхування за згодою сторін."

**СТРАХОВИЙ РИЗИК** - певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

**СТРАХОВИЙ ВИПАДОК** - подія, передбачувана Договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати наданих медичних послуг Страхувальнику/Застрахованій особі .

**СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ (ВИПЛАТА)** - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

**АСИСТАНСЬКА КОМПАНІЯ** - юридична особа, яка є повноважним представником Страховика, що згідно з договором укладеним зі Страховиком, організує надання послуг, обумовлених Програмою страхування, забезпечує надання платіжних гарантій медичним закладам, які надають медичні послуги Застрахованим особам.

## **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ**

1.1. Предметом договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать Законодавству України, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Застрахованої особи.

## **2. СТРАХОВИЙ РИЗИК, СТРАХОВИЙ ВИПАДОК**

2.1. Страховим ризиком за цими Правилами страхування є певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.2. За умовами цих Правил, якщо інше не обумовлено Договором страхування, страховим ризиком є захворювання, погіршення стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, у тому числі внаслідок нещасного випадку та професійного захворювання, загострення хронічного захворювання, виникнення рецидиву, ускладнення після проведення медичних маніпуляцій, якщо це передбачено Договором страхування, внаслідок якого виникає необхідність у зверненні Страхувальника/Застрахованої особи до Медичного Закладу, представника Страховика (асистанської компанії) або диспетчерського центру для отримання консультативної або профілактичної допомоги, інших медичних послуг, передбачених Програмами страхування, згідно яких укладено Договір страхування.

2.3. Страховим випадком визнається подія, передбачена умовами Договору страхування, яка відбулася і, з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Медичному Закладу або Страхувальнику/Застрахованій особі (в разі, якщо оплата медичних послуг була сплачена самостійно) та погоджена із асистанською компанією або Страховиком, а також отримання необхідних медикаментів та матеріалів, що призначені лікуючим лікарем в зв'язку із зверненням Страхувальника/Застрахованої особи до Медичного Закладу для отримання консультативної або профілактичної допомоги, інших медичних послуг у межах переліку та обсягах, передбачених Програмами страхування, згідно яких укладено Договір страхування.

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

3.1. Розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат визначаються за домовленістю сторін між Страховиком та Страхувальником/Застрахованою особою під час укладання Договору страхування або внесення змін до Договору страхування, та зазначається в договорі страхування або у випадках, передбачених чинним Законодавством.

3.2. Договором страхування можуть бути передбачені ліміти відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, страховими випадками або Програмами страхування.

3.3. Страхова сума за Договором страхування встановлюється для кожного Страхувальника/Застрахованої особи під час укладання Договору страхування.

3.4. За згодою сторін збільшення страхової суми здійснюється до початку або під час дії Договору страхування в разі підвищення вартості послуг в медичних закладах, які надають послуги Страхувальнику/Застрахованій особі, але у всякому разі підвищення страхової суми здійснюється до початку настання страхового випадку, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

3.5. При збільшенні страхової суми Страховик здійснює перерахунок розміру страхової премії, а Страхувальник/Застрахована особа повинні внести додаткову (збільшену) страхову премію відповідно до тарифів Страховика за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування.

3.6. Дія Договору страхування із збільшеною страховою сумою розпочинається з 00 годин дня, наступного за днем надходження Страховику додаткової страхової премії, якщо інше не обумовлено Договором страхування, і закінчується о 24 годині дня, зазначеного у Договорі страхування, як дата закінчення Договору страхування.

## 4. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

4.1. Страховик звільняється від виплати страхової суми (її частини), якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, якщо страховий випадок:

- стався при спробі вчинення чи вчиненні Страхувальника/Застрахованою особою протиправних дій;
- безпосередньо або опосередковано пов'язаний з військовими діями будь-якого роду;
- стався внаслідок громадських заворушень, якщо Страхувальник/Застрахована особа бере в них участь; стався у зв'язку з керуванням Страхувальника/Застрахованою особою будь-яким транспортним засобом (автомобіль, мотоцикл, мопед, моторний човен та інше) у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння, також добровільною передачею управління Страхувальнику/Застрахованій особі, які знаходились у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або на момент захворювань, травм, дефектів, аномалій, патологічних станів, деяких природних фізіологічних станів, або добровільною передачею управління Страхувальнику/Застрахованій особі, що не має при собі посвідчення водія відповідної категорії на керування транспортним засобом;
- стався внаслідок отруєння наркотичними, токсичними речовинами або медичними препаратами, що були прийняті з метою або в стані сп'яніння, а також алкоголем або його сурогатами (за винятком випадків насильного використання вказаних речовин стосовно Страхувальника/Застрахованої особи третіми особами);
- пов'язаний з порушенням свідомості чи істотним погіршенням психічного сприйняття Страхувальника/Застрахованою особою під впливом алкоголю, наркотиків, токсичних препаратів, а також медикаментів, що приймаються не за призначенням лікаря;
- викликаний тілесними або іншими ушкодженнями здоров'я при самолікуванні або при лікуванні особою, що не має відповідної медичної освіти;
- стався при вчиненні Страхувальника/Застрахованою особою самогубства чи спроби самогубства.

4.2. Страховим захистом не покривається (якщо інше не обумовлене Договором страхування) необхідність надання Страхувальнику медичних послуг, коли Страховик з причин, які не залежать від нього, не може гарантувати та контролювати надання кваліфікованої медичної допомоги, а саме:

- онкологічних захворювань, в тому числі доброякісних (обстеження після їх виявлення включно);
  - захворювання, викликані важкими хронічними захворюваннями Страхувальника/Застрахованої особи, в тому числі тих, що призвели до стійкої непрацездатності;
  - променевої хвороби, саркоїдозу, муковісцидозу, туберкульозу, в тому числі за наявності «віражу» проби Манту;
  - системних захворювань сполучної тканини;
  - захворювань опорно-рухового апарату, які призводять до порушення рухових функцій;
  - природжених та набутих інфекційних захворювань, в тому числі герпетичної інфекції, мікоплазмозу, хламідіозу, цитомегаловірусної інфекції, хронічного гепатиту, особливо небезпечних інфекцій;
  - венеричних захворювань;
  - набутого імунodefіциту;
  - цукрового діабету;
  - хронічної ниркової недостатності;
- розсіяного склерозу;
- трансплантологічних операцій, навіть якщо вони до того не підлягали лікуванню, органічних захворювань та травматичних пошкоджень головного та спинного мозку, периферичної нервової системи за наявності стійких залишкових змін;
  - нервово-м'язових захворювань, спадкових мієлопатій та демієлінізуючих захворювань, крім випадків, за яких необхідно надати невідкладну лікарську допомогу для врятування життя хворого;
  - при оперативних втручаннях, що пов'язані з пересадкою органів і

тканин, ендопротезуванням судинних клапанів, при реконструктивних пластичних операціях, варикозі, тромбофлебії з трофічними порушеннями;

- природжених або генетичних вад розвитку;

- за наявності ендогенних психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії, а також травм

та соматичних захворювань, викликаних цими захворюваннями;

- по усуненню недоліків зовнішності або інших фізичних вад, включаючи зубопротезування та підготовку до нього (рентгенологічні дослідження, депульпація і т.д.). штифтове фіксування пломби, відновлення коронкової частини зуба (більш ніж на 1/3). Зняття зубного каменю, шліфування емалі, корекцію ваги, видалення колоїдних рубці; мікропротезування та ін.;

- вагітності, яка перевищує 8 тижнів; лікування безпліддя, імпотенції, підбору методі контрацепції (в тому числі, введення та видалення ВМС);

- мануальну терапію, лікувальний масаж, показання до якого не були підтверджені лікарем медичної бази Страховика, оздоровче та реабілітаційне лікування, в тому числі, гідропроцедури. сауна;

- всі види нетрадиційних методів лікування (ГТР, гомеопатія) та діагностики (за Фоллем іридодіагностика та ін.); переривання вагітності;

- вакцинації, в тому числі постановка проб Манту;

- захворювань та нещасних випадків, навмисне спричинених Страхувальника/Застрахованою особою, або при скоєнні ним злочину, а також у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

- при захворюваннях та нещасних випадках, викликаних активною участю в спортивних або інших змаганнях (підготовка до них, професійний спорт), а також при заняттях альпінізмом спелеологією, підводним плаванням, повітроплаванням, гірськими лижами, автомотоспортом;

- хвороби, пов'язані з епідеміями, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ОРВІ);

- хвороби та їх наслідки, що виникли внаслідок війни, військових дій, революції, заколоту повстання, громадських хвилювань, страйку, ядерного вибуху, якщо інше не передбачене умовами договору страхування;

- медичної допомоги (послуг) та медичних препаратів, які не були призначені лікарем; лікування у медичному Закладі, що не погоджений із Страховиком; неадекватного надання медичної допомоги; неприродного перебігу будь-якої хвороби чи загоєння отриманих ушкоджень.

4.3. При необхідності Страховик має право робити запити про відомості, пов'язані із страховим випадком, в правоохоронні органи, медичні установи та інші організації, що мають інформацію про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясувати причину та обставини страхового випадку.

4.4. У Договорі страхування можуть бути передбачені інші (додаткові) обмеження страхування.

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

5.1. Договір страхування укладається на строк, що визначається за згодою Страховика та Страхувальника/Застрахованої особи, від одного місяця до одного року, якщо інше не передбачено Договором страхування, і може бути подовжений за взаємною згодою сторін.

5.2. Договір страхування укладається на підставі письмової заяви на страхування встановленої Страховиком форми, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. У разі, коли Страхувальником являється юридична особа, до Заяви додається список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

5.3. Документом, що підтверджує факт укладення договору страхування, є Договір страхування, що видається кожній Застрахованій особі.

5.4. Страхові суми та перелік надання послуг (Програми страхування) на одну Застраховану встановлюються за згодою сторін у Договорі страхування.

5.5. При укладанні договору страхування Страховик має право вимагати результати медичного огляду Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку із конкретним Страхувальником/Застрахованою особою.

5.6. Договір страхування складається у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної сторони.

5.7. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, але не раніше дати, зазначеної в Договорі страхування, як дата початку дії Договору.

5.8. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватися Договором страхування, страховим свідоцтвом, (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

5.9. Територія дії Договору страхування зазначається в Договорі страхування.

## 6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страховик має право:

а) збільшити страхову суму Договору страхування відповідно до п.2.6. цих Правил;  
б) відмовити у виплаті страхового відшкодування (її частини) у випадках, передбачених т.п. 4.1-4.2 цих Правил;

в) достроково припинити Договір страхування;

г) відстрочити виплату страхової суми (її частини), якщо за фактом настання страхового випадку порушено кримінальну справу, до припинення або закінчення розгляду справи, а також якщо у Страховика є підстави для проведення особистого розслідування факту настання страхового випадку;

д) відмовити у здійсненні страхової виплати, якщо Страхувальник порушив умови Договору страхування та в інших випадках, обумовлених Договором страхування чи чинним законодавством України;

д) вжити заходів щодо з'ясування обставин страхового випадку;

е) при укладанні Договору страхування вимагати результати медичного огляду Страхувальника/Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику;

з) інші права, визначені в Договорі страхування.

6.2. Страхувальник має право:

а) на оплату "вартості платної медичної допомоги (послуги), яка була отримана Страхувальником/Застрахованою особою згідно умов Договору страхування;

б) вимагати від Страховика своєчасного здійснення страхових виплат та надання медичної допомоги (послуг), передбачених Договором страхування;

в) достроково припинити Договір страхування, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

г) вимагати від Страховика дотримання конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору страхування;

д) інші права, передбачені Договором страхування.

6.3. Страховик зобов'язаний:

а) ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами та Правилами страхування;

б) при настанні страхового випадку здійснити виплату страхового відшкодування у передбачений Договором страхування термін;

в) відшкодувати витрати, понесені Страхувальником/Застрахованою особою при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору;

г) тримати в таємниці відомості про Страхувальника/Застрахованої особи і його майновий стан за винятком випадків, передбачених законодавством України;

д) протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати Страхувальнику/Застрахованій особі або медичному закладу;

6.4. При укладанні договорів про страхування третіх осіб необхідна письмова згода Застрахованої особи (якщо Застрахована особа є повнолітньою). Договір добровільного медичного страхування дитини може бути укладений за умови згоди батьків або опікунів.

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

6.5. Страхувальник/Застрахована особа зобов'язані:

а) своєчасно вносити страхові платежі;

б) 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;

в) повідомити Страховика про інші діючі Договори страхування щодо цього об'єкта страхування;

г) інформувати Страховика про настання страхового випадку протягом 24 годин з моменту його настання, якщо інше не передбачене умовами Договору страхування;

д) за вимогою Страховика при укладанні Договору страхування надати результати медичного огляду Застрахованої особи та інші документи, необхідні для оцінки ймовірності настання страхового випадку для конкретного ризику.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника/Застрахованої особи.

## **7. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА/ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ**

7.1. У разі настання страхового випадку Страхувальник повинен негайно (протягом 24 годин) звернутися до Страховика (повноважного представника Страховика, який визначений в . Договорі страхування - асистанської компанії) або медичної установи, та повідомити такі дані:

- повністю прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника/Застрахованої особи;

- номер та строк дії Договору страхування, або іншого документу, що підтверджує факт його укладання;

- своє місцезнаходження, контактні телефони; - докладний опис скарг на самопочуття.

7.2. Страховик, повноважний представник Страховика, який визначений в Договорі страхування, або медична установа фіксує факт звернення Страхувальника/Застрахованої особи з повідомленням про захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасний випадок.

7.3. Оплата вартості наданих Страхувальнику/Застрахованій особі медичної допомоги (послуг), що передбачені Договором страхування, здійснюються Страховиком на підставі наданих медичними установами рахунків та інших необхідних для виплати документів, що визначені Договором страхування.

7.4. Невідкладна медична допомога надається після узгодження із повноважним представником, довіреним лікарем або диспетчерською службою Страховика по телефону, що вказаний у Договорі страхування, при наявності у Страхувальника/Застрахованої особи таких документів:

- Договору страхування;

- документу, що підтверджує особу Страхувальника/Застрахованої особи.

7.5. У випадку, коли невідкладна медична допомога була надана Страхувальнику/Застрахованій особі без погодження із Страховиком у зв'язку з неможливістю звернення до Страховика, асистанської компанії довіреного лікаря або диспетчерської, то Страхувальнику/Застрахованій особі, його близьким або лікарю, що здійснює лікування, необхідно звернутись до довіреного лікаря або диспетчерської Страховика, як тільки це стане можливо. Після цього Страховик або Асистанська компанія згідно медичних показань здійснює переведення Страхувальника/ Застрахованої особи до профільного Медичного закладу або організовує на місці знаходження Страхувальника/ Застрахованої особи надання медичних послуг згідно умов Договору страхування.

7.6. Несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку дає право Страховику відмовити у страховій виплаті.

7.7. Страхувальник/Застрахована особа за вимогою Страховика зобов'язані після



закінчення лікування пройти медичне обстеження.

7.8. Конкретний перелік документів та дії Страхувальника/Застрахованої особи у разі настання страхового випадку зазначені в Договорі страхування, а загальний - у розділі 8 цих Правил.

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

8.1. Страхове відшкодування виплачується Страховиком на підставі заяви Страхувальника про настання страхового випадку та заяви на виплату, а також страхового акту після отримання Страховиком від Страхувальника всіх необхідних документів по страховому випадку та узгодження остаточного розміру завданого збитку, а саме:

8.1.1. копії або оригіналу Договору;

8.1.2. рахунку з медичної установи;

8.1.3. медичної картки;

8.1.4. витягу з історії хвороби, підписаного лікуючим лікарем;

8.1.5. лікарняного листа;

8.1.6. довідки з медичного закладу, який надав Страхувальнику/Застрахованій особі медичні послуги, передбачені Договором страхування;

8.1.7. інші документи, передбачені Договором страхування.

8.2. Страховий акт складається протягом 2 робочих днів з моменту отримання Страховиком повідомлення про страховий випадок та необхідного пакету документів (згідно з п.8.1. цих Правил) про факт настання страхового випадку та розмір збитків.

8.3. Розмір збитків, яких зазнав Страхувальник, встановлюється згідно з чинним законодавством України. У разі настання страхового випадку конкретний розмір збитків встановлюється Страховиком на підставі наданих документів. При цьому можуть враховуватися рішення суду (господарського суду), документи правоохоронних, податкових, банківських органів, місцевих органів влади, висновки експертів та спеціалізованих фірм, діючих на підставі відповідних ліцензій.

## **9. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ**

9.1. Страхова виплата проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі документів, які зазначені в п. 8.1. цих Правил, страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

9.2. У разі настання страхового випадку Страховик здійснює оплату рахунків за надану Страхувальнику/Застрахованій особі медичну послугу Асистанській компанії. Медичним закладам або компенсує Страхувальнику/Застрахованій особі понесені нею витрати на отримання медичних послуг, якщо вони організовані або узгоджені із Страховиком.

9.3. Страховик здійснює оплату вартості наданої Страхувальнику/Застрахованій особі медичних послуг у межах страхової суми або лімітів відповідальності Страховика, якщо вони встановлені в Договорі страхування. Конкретний порядок здійснення страхових виплат обумовлюється Договором страхування.

9.4. Рішення про виплату страхового відшкодування приймається Страховиком у термін, не більше десяти днів з дня отримання документів, що підтверджують факт настання страхового випадку.

9.5. Здійснення виплат страхового відшкодування здійснюється протягом семи робочих днів після прийняття рішення про виплату, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.6. Якщо груба необережність Страхувальника/Застрахованої особи спричинила настання страхового випадку, або призвела до збільшення розміру страхового відшкодування. Страховик є право знизити розмір страхової виплати до 30 %, або відмовити у виплаті.

9.7. Якщо Страхувальнику/Застрахованій особі було надано право сплати страхового платежу у розстрочку, то при настанні страхового випадку із страхової виплати утримується

знесена частина страхового платежу, якщо це передбачено Договором страхування.

9.8. Розмір виплати розраховується виходячи з розміру фактичних витрат, згідно рахунків медичних установ в межах страхової суми та лімітів відповідальності.

9.9. У разі виникнення сумнівів щодо обставин страхового випадку та необхідності їх усунування, Страховик залишає за собою право на проведення додаткового розслідування обставин виникнення страхового випадку (робити запити та отримувати відповіді на них від компетентних органів або інших уповноважених органів) у порядку і строки, визначені законодавством України. У даному випадку строк прийняття рішення при виплату чи відмову переноситься до моменту з'ясування /отримання відповіді від компетентних органів, в які були правлені запити Страховиком (при цьому, якщо Страховик направляє лист до компетентних з інших уповноважених органів для з'ясування причин виникнення страхової події, Страховик повинен повідомити про це письмово Страхувальника).

9.10. Рішення про відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком у строк не більше одного місяця з дня отримання документів, що підтверджують факт настання цієї, що має ознаки страхового випадку та розміру збитків. Повідомлення з обґрунтованими причинами відмови у виплаті відшкодування. Страховик повинен направити Страхувальнику /Застрахованій особі в письмовій формі не пізніше десяти днів після прийняття цього рішення.

9.11. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником/Застрахованою особою у судовому порядку.

9.12. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової плати шляхом сплати пені у розмірі, що встановлюється в Договорі страхування або чинним законодавством.

9.13. Підставою для відмови Страховика у страховій виплаті є:

9.13.1. Навмисні дії Страхувальника/Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, у стані необхідної оборони (без перевищення її меж) захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника/Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства країни.

9.13.2. Вчинення Страхувальником/Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку.

9.13.3. Подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування, або про факт настання страхового випадку.

9.13.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин, або створення Страховику перешкод у визначенні обставин, характеру страхового випадку та розміру виплат.

9.13.5. Страховик не відшкодовує моральних збитків.

9.13.6. Інші випадки, передбачені законодавством України.

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

9.15. Страховик оплачує на розрахунковий рахунок Асистуючої компанії, згідно укладеного зі Страховиком договору, рахунки Медичних закладів або безпосередньо Медичним ладам, якщо між Страховиком і Медичними закладами укладені угоди. Порядок та строки здійснення страхових виплат обумовлюються договорами між Страховиком та Медичними ладами, або Асистуючою компанією.

9.16. Якщо Медичні заклади не мають можливості надання медичної допомоги (послуги), передбаченої Договором страхування, Страховик або Асистуюча компанія організують її отримання в іншому адекватному Медичному закладі.

9.17. Виплата страхового відшкодування (якщо інше не передбачено Договором і страхування) проводиться в національній валюті України - гривні.

## **10. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ АБО ВИПЛАТІ СТРАХОВОГО ВІДШКОДУВАННЯ**

10.1. Страховик має право відмовити у виплаті відшкодування, якщо

Страховальник/Застрахована особа:

10.1.1. Здійснив навмисні дії, 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 Страховальника/Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

10.1.2. Вчинив умисний злочин, що призвів до страхового випадку;

10.1.3. Подав свідомо неправдиві відомості про об'єкт страхування;

10.1.4. Не надав документи та відомості, необхідні для встановлення причин страхового випадку та розміру витрат;

10.1.5. Повідомив неправдиві відомості про настання страхового випадку, чинив перешкоди в розслідуванні причин страхового випадку та в визначенні розміру витрат;

10.1.6. Несвоєчасно повідомив про настання страхового випадку без поважних причин;

10.1.7. В інших випадках, передбачених Договором страхування та чинним законодавством України.

## 11. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

11.1. Дія Договору страхування, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування, припиняється за згодою сторін, а також у разі:

11.1.1. закінчення строку дії;

11.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страховальником/ Застрахованою особою у повному обсязі;

11.1.3. несплати Страховальником/Застрахованою особою страхових платежів у встановлені строки. 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 Страховальнику/Застрахованій особі, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

11.1.4. смерті Застрахованої особи. Якщо Договір страхування укладено на декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір страхування припиняє дію тільки відносно цієї особи.

11.1.5. ліквідації Страховальника/Застрахованої особи - юридичної особи або втрати Застрахованою особою дієздатності, за винятком випадків, передбачених Законом України "Про страхування";

11.1.6. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

11.1.7. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

11.1.8. в інших випадках, передбачених законодавством України.

11.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страховальника/Застрахованої особи або Страховика. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше ніж за 30 календарних днів до дати припинення дії Договору страхування.

11.3. У разі дострокового припинення Договору страхування за вимогою Страховальника/Застрахованої особи Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу та фактично здійснених виплат за цим Договором страхування. Якщо вимога Страховальника/Застрахованої особи обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страховальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

11.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страховальнику/Застрахованій особі повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страховальником/Застрахованою особою умов Договору страхування, то Страховик повертає Страховальнику/Застрахованій особі страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування з

урахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за чинним Договором страхування.

11.5. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

## **12. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ**

12.1. Усі спори між Страховиком та Страхувальником/Застрахованою особою вирішуються у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

## **13. ОСОБЛИВІ УМОВИ**

13.1. Зміни та доповнення до Договору страхування здійснюються у письмовій формі, у вигляді додаткової угоди до Договору страхування, за взаємним погодженням між Страховиком та Страхувальником/Застрахованою особою.

**БАЗОВІ ПРОГРАМИ СТРАХУВАННЯ ПО ДОБРОВІЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ  
СТРАХУВАННЮ (БЕЗПЕРЕРВНОМУ СТРАХУВАННЮ ЗДОРОВ'Я)**

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 1 «ПОЛІКЛІНІЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ»**

1. Базова клініка для амбулаторно-поліклінічного обслуговування в системі медичного обслуговування Страховика по вибору Застрахованої особи.
2. Повний набір необхідних медикаментів та сучасне медичне обладнання.
3. Консультації та лікування у консультантів та лікарів відповідного профілю.
4. Діагностичне обстеження, забір аналізів, проведення фізіотерапевтичних процедур.
5. Цілодобовий запис по телефону на прийом до фахівця в зручний для Застрахованої особи час за 1 -5 діб до обслуговування.
6. Обслуговування Застрахованої особи в найкоротші строки та без черги.
7. Узгодження тактики лікування з Застрахованою особою.
8. Супроводження Застрахованої особи координатором Страховика на всіх етапах обслуговування, надання спеціального медичного транспорту (при необхідності).

### **Направлення медичного обслуговування:**

терапія, педіатрія, кардіологія, пульмонологія, гастроентерологія, отоларингологія, офтальмологія, дерматологія, ендокринологія, алергологія, неврологія, ортопедія та травматологія, акушерство та гінекологія, урологія, рентгенорадіологія, загальна хірургія.

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 2 «МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ВДОМА»**

1. Цілодобовий прийом викликів через асистанську компанію або диспетчерську Страховика згідно п.7. Правил страхування.
2. Виклик додому необмежену кількість разів довіреного лікаря, закріпленого за Застрахованою особою в якості сімейного лікаря, який здійснює весь процес лікування Застрахованої особи.
3. Виклик додому необмежену кількість разів: терапевта, педіатра, хірурга, фахівця іншого профілю.
4. Послуги середнього медичного персоналу вдома.
5. Фізіотерапевтичні процедури та масаж вдома.
6. Організація домашнього стаціонару, включаючи лікувальні заходи:
  - чергування лікаря, медичної сестри, доглядальниці, перекладача;
  - медикаментозне супроводження;
  - інфузорна терапія.

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 3 «ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ТА ЛІКУВАННЯ У СТАЦІОНАРІ»**

1. Цілодобовий прийом викликів через диспетчерську Страховика згідно п.8. Правил страхування.
2. Вибір клініки для госпіталізації.
3. Планова та невідкладна госпіталізація.
4. Супроводження Застрахованої особи координатором асистанської компанії або Страховика до моменту розміщення Застрахованої особи в палаті планової або невідкладної госпіталізації.
5. Розміщення в 1-2 місцевих палатах підвищеної комфортності, люкс, полулюкс в базових або спеціалізованих клініках, запропоновані асистанською компанією, або Страховиком.
6. Розміщення в реанімації за медичними показниками.
7. Весь необхідний обсяг діагностичних та лікувальних заходів незалежно від профілю закладу, де проводиться курс лікування.
8. Повне забезпечення медикаментами та витратними матеріалами.
9. При необхідності цілодобовий догляд медичної сестри або доглядальниці.

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 4 «ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА»**

1. Цілодобовий прийом викликів через асистанську компанію або диспетчерську Страховика згідно п.7 Правил страхування.
2. Прибуття на протязі 10-30 хвилин після отримання виклику: - кардіологічної бригади;
  - травматологічної (анестезіолого-реанімаційної) бригади;
  - токсикологічної (анестезіолого-реанімаційної) бригади;
  - педіатричної (анестезіолого-реанімаційної) бригади;
  - неврологічної бригади;
  - бригади загального профілю.
3. Повний набір необхідних медикаментів та сучасне портативне обладнання.
4. Невідкладна госпіталізація у профільну клініку.

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 5 «ЛІКУВАЛЬНА СТОМАТОЛОГІЯ»**

1. Цілодобовий прийом викликів через асистанську компанію або диспетчерську Страховика.
2. Надання невідкладної стоматологічної допомоги.
3. Лікування хворих терапевтичного профілю.
4. Лікування хворих хірургічного профілю, у тому числі видалення зубів під наркозом.
5. Лікування хвороб пародонту та слизистої.
6. Профілактичний прийом лікарем-стоматологом.
7. Рентгенодіагностика.

## **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 6 «ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ»**

Застрахованій Особі за даною програмою надається необхідна екстрена медична допомога у разі настання таких видів захворювань та станів:

1. Інфекційні та паразитарні хвороби:
  - 1.1. Харчові отруєння.
  - 1.2. Дифтерія.
  - 1.3. Менінгококова інфекція.
  - 1.4. Вірусний гепатит (крім хронічної форми).
  - 1.5. Лептоспіроз.
  - 1.6. Гострі шлунково-кишкові інфекційні захворювання.
2. Хвороби ендокринної системи:
  - 2.1. Діабет (коматозний стан).
  - 2.2. Хвороби щитовидної залози (мікседематозна кома та тиреотоксичний криз).
  - 2.3. Гіперпаратіреоз (судомний синдром).
  - 2.4. Хвороби надниркової залози (гостра надниркова недостатність).
3. Хвороби нервової системи та органів чуття:
  - 3.1. Гострі запальні процеси центральної та периферичної нервової системи (стан, що потребує екстреної допомоги).
  - 3.2. Гіпоталамічний криз.
  - 3.3. Гострі запальні процеси та травми ока.
  - 3.4. Гострі запальні процеси та травми вуха, горла, носа.
4. Хвороби системи кровообігу:
  - 4.1. Гіпотонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).

- 4.2. Гіпертонічна хвороба (стан, що потребує екстреної допомоги).
- 4.3. Гострий інфаркт міокарду.
- 4.4. Стенокардія (стан, що потребує екстреної допомоги).
- 4.5. Гостре порушення серцевого ритму.
- 4.6. Гостра серцева недостатність.
- 4.7. набряк легенів.
- 4.8. Емболія та гострий тромбоз судин.
- 4.9. Гостре порушення мозкового кровообігу.
5. Хвороби органів дихання:
  - 5.1. Порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.
  - 5.2. Гострі запальні процеси органів дихання (стан, що потребує екстреної допомоги).
  - 5.3. Бронхіальна астма (приступ).
6. Хвороби та ураження органів травлення:
  - 6.1. Перфорації шлунку та кишок.
  - 6.2. Гострий апендицит.
  - 6.3. Защемлена грижа.
  - 6.4. Непрохідність кишкова.
  - 6.5. Гострий холецистит.
  - 6.6. Гострий панкреатит.
  - 6.7. Шлунково-кишкові кровотечі.
  - 6.8. Тромбоз мезентеріальних судин.
  - 6.9. Абсцеси черевної порожнини.
7. Хвороби сечостатевої системи:
  - 7.1. Гострі запальні процеси сечостатевої системи (стан, що потребує екстреної допомоги).
  - 7.2. Гостра ниркова недостатність.
  - 7.3. Ниркова колька.
  - 7.4. Гостра затримка сечі.
8. Гостра акушерсько-гінекологічна патологія:
  - 8.1. Гостре запалення органів жіночої статеві сфери (стан, що потребує екстреної допомоги).
  - 8.2. Кровотечі із статевих органів.
  - 8.3. Інша акушерсько-гінекологічна патологія, що потребує невідкладного оперативного втручання або маніпуляцій.
9. Хвороби шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів:
  - 9.1. Гострі запальні процеси шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, кісток, суглобів, тощо (стан, що потребує екстреної допомоги).
10. Симптоми, ознаки та неточно визначені стани:
  - 10.1. Кома.
  - 10.2. Ступор.
  - 10.3. Судоми.
  - 10.4. Шок (будь-якої етіології).
  - 10.5. Асфіксія.
  - 10.6. Кровотечі.
11. Травми та отруєння різної етіології:
  - 11.1. Переломи кісток черепа.
  - 11.2. Переломи хребта та кісток тулуба.
  - 11.3. Переломи кісток верхньої та нижньої кінцівки.
  - 11.4. Ураження суглобів та м'язів.
  - 11.5. Внутрічерепні травми.
  - 11.6. Травми внутрішніх органів.
  - 11.7. Ураження голови, ший й тулуба.
  - 11.8. Ураження верхньої та нижньої кінцівки.



- 11.9. Ураження кровоносних судин, що загрожують життю.
- 11.10. Опіки.
- 11.11. Відмороження.
- 11.12. Теплові та сонячні удари, що потребують госпіталізації.
- 11.13. Отруєння різної етіології (за винятком алкогольного та наркотичного).

### **ЗМІСТ ПРОГРАМИ № 7 «МЕДИЧНИЙ НАГЛЯД ЗА ДІТЬМИ ВІКОМ ДО ОДНОГО РОКУ»**

Страхуванню підлягають особи віком від одного місяця.

Строк дії договору - до досягнення Застрахованою особою віку один рік.

Застрахована особа забезпечується цілодобовим зв'язком з довіреним педіатром через диспетчерську страховика.

Медична допомога Застрахованим особам надається лікарями-педіатрами, неонатологами іншими необхідними фахівцями за місцем проживання Застрахованої особи.

Згідно з медичними показниками Застрахованій особі надаються консультації:

1. неонатолога - 2 рази на першому місяці життя;
2. довіреного педіатра - 2 рази на другому місяці життя, і далі раз на місяць (при захворюванні Застрахованої особи - щоденно);
3. невропатолога в 1,3, 12 місяців;
4. ортопеда в 3 місяця;
5. окуліста в 12 місяців;
6. інструктора ЛФК в 1, 3, 6 місяців;
7. додаткові консультації базових або інших медичних фахівців (кількість додаткових консультацій - не більше 12).

Діагностичні послуги (забір аналізів крові, УЗД т/с суглобів) надаються за місцем проживання Застрахованої особи.

Згідно з медичними показниками проводяться такі лабораторні та інструментальні обстеження:

1. аналіз крові в 3,6,12 місяців;
2. аналіз сечі в 6,12 місяців;
3. копрограма в 12 місяців;
4. УЗД т/с суглобів в 3 місяців;
5. нейросонографія в 3 місяців;
6. УЗД органів черевної порожнини в 9 місяців;
7. ЕКГ 12 місяців;
8. додаткові дослідження, крім комп'ютерної томографії, магніто-резонансної томографії та складних імунологічних досліджень (кількість додаткових досліджень - не більше 5).

Консультації та діагностичні послуги, які не можливо проводити в домашніх умовах, водяться на медичній базі страховика.

При необхідності проводиться госпіталізація Застрахованої особи в медичні бази страховика строком до п'яти днів включно (не більше одного разу).

### **ЗМІСТ БАЗОВОЇ ПРОГРАМИ № 8 «КОНСУЛЬТАЦІЙНЕ ТА ДІАГНОСТИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ»**

1. Базова клініка для проведення консультацій та надання діагностичних послуг у системі медичного обслуговування Страховика.

2. Консультації у фахівців: терапевт, хірург, гінеколог (для жінок), невропатолог, окуліст.
3. Одноразове надання діагностичних послуг:
  - 3.1. Аналіз крові загальний;
  - 3.2. Аналіз крові на цукор;
  - 3.3. Аналіз крові на сечовину;
  - 3.3. Аналіз крові на сечовину;

- 3.4. Аналіз крові на креатинин;
  - 3.5. Аналіз крові на загальний білок;
  - 3.6. Аналіз крові на загальний білірубін;
  - 3.7. Аналіз крові на калій;
  - 3.8. Аналіз крові на натрій;
  - 3.9. Аналіз крові на холестерин;
  - 3.10. Аналіз крові на ліпіди;
  - 3.11. Аналіз крові на АСТ;
  - 3.12. Аналіз крові на АЛТ;
  - 3.13. Аналіз крові на RW;
  - 3.14. Аналіз сечі загальний;
  - 3.15. Аналіз калу на яйця глистів;
  - 3.16. Електрокардіографія;
  - 3.17. Рентгеноскопія органів грудної клітини;
  - 3.18. Ехокардіографія;
  - 3.19. УЗД органів черевної порожнини;
  - 3.20. УЗД нирок;
  - 3.21. УЗД щитовидної залози;
  - 3.22. УЗД передміхурової залози (для чоловіків);
  - 3.23. УЗД матки з придатками (для жінок);
  - 3.24. Комплексне УЗД судин;
  - 3.25. Кольпоскопія, цитологічне дослідження (для жінок);
  4. Необхідна кількість додаткових досліджень, необхідних для встановлення діагнозу.
  5. Розміщення в стаціонарі або денному стаціонарі на термін не більше п'яти днів протягом періоду дії договору страхування.
  6. Обслуговування Застрахованої особи в найкоротші строки та без черги.
- Договором страхування можуть бути передбачені інші умови та програми страхування за згодою Страховика та Страхувальника/Застрахованої особи, які необхідно зазначити в Договорі страхування.

### **ЗМІСТ БАЗОВОЇ ПРОГРАМИ № 9 «ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУ»**

1. Консультація спеціаліста
2. Супроводження медперсоналом до моменту розташування в палаті
3. Необхідний об'єм діагностичних і лікувальних заходів
4. Забезпечення необхідними медикаментами і витратними матеріалами
5. Оплата вартості харчування

## СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. Базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми) у відповідності з Програмами медичного страхування (Програми № 1 - № 9), Додатку 1 до цих Правил, наведені у таблиці №1.

**Таблиця №1**

Програма страхування	Базові річні страхові тарифи (у % від страхової суми)
<b>Поліклінічне обслуговування</b>	2,5%
<b>Медичне обслуговування вдома</b>	1,9%
<b>Госпіталізація та лікування у стаціонарі</b>	2,3%
<b>Швидка медична допомога</b>	2,1%
<b>Лікувальна стоматологія</b>	5,0%
<b>Екстрена медична допомога на території України</b>	1,4%
<b>Медичний нагляд за дітьми віком до одного року</b>	5,9%
<b>Консультаційне та діагностичне обслуговування</b>	1,5%
<b>Лікування рецидиву</b>	7,8%

2. При укладанні договору страхування на строк менше одного року, в залежності від строку дії договору страхування застосовуються відповідні коригуючі коефіцієнти (при страхуванні на строк 1 рік застосовується коефіцієнт 1). При цьому, кожний неповний строк страхування при розрахунках страхового тарифу враховується як повний (див. Таблиця №8. Коефіцієнт короткостроковості).

**Таблиця №2**

### Коефіцієнт короткостроковості

Строк страхування	Коригуючий коефіцієнт
до 15 днів	0,15
1 місяць	0,25
2 місяці	0,30
3 місяці	0,40
4 місяці	0,50
5 місяців	0,60
6 місяців	0,70
7 місяців	0,75
8 місяців	0,80
9 місяців	0,85
10 місяців	0,90
11 місяців	0,95

3. В залежності від періодичності сплати страхового платежу протягом строку дії договору страхування, базовий розмір страхового тарифу коригується за допомогою наступного коригуючого коефіцієнта:

## Коефіцієнт сплати страхового платежу

Періодичність сплати страхового платежу	Коригуючий коефіцієнт
Одноразово	1,00
в два строки, з інтервалом не більше 4 місяців	1,05
в два або в три строки, з інтервалом більше 4 місяців	1,08
Щоквартально	1,11
Щомісячно	1,16

4. Страховий тариф для конкретного предмету Договору страхування або страхового випадку в кожному конкретному випадку розраховується шляхом множення базового тарифу на поправочний коефіцієнт.

Поправочні коефіцієнти застосовуються в залежності від факторів, що суттєво впливають на визначення страхового ризику, та конкретних умов Договору страхування, зокрема:

Таблиця №4

Поправочний коефіцієнт	Діапазон значень
Вид діяльності Застрахованої особи	0,8 – 2,5
Місце проживання Застрахованої особи	0,8 – 2
Умови проживання Застрахованої особи	1 – 2
Стан здоров'я Застрахованої особи	0,5 – 5
Розмір франшизи	0,5 – 1
Розмір страхової суми	1 – 3
Територія дії Договору страхування	0,5 - 2
Кількість Застрахованих осіб при страхуванні групи осіб	0,5-1
Вік Застрахованої особи	0,7-1,6
Інші фактори, що впливають на ступінь ризику	0,3-2,5

5. Норматив витрат на ведення справи складає 30% в структурі страхового тарифу.

Актуарій

(підпис)

Каргашов Ю.М.

(Свідоцтво № 03-007 від 06.12.2012)

Прошито, пронумеровано  
та скріплено печаткою 21 аркушів  
Директор ТДВ «СТ «АВЕСТА СТРАХУВАННЯ»

О.В.Пушкаръов



ДЕРЖАВНЕ	ТАРХИ
<i>Голова Наглядової ради</i>	
<i>Д. Візиров</i>	
<i>0314026</i>	
<i>[Signature]</i>	
<i>23.01.2014</i>	