

ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший заступник
голови правління
ВАТ "Страхова компанія "Алькона"

В. І. Гаманков

04 грудня 2006 року

ПРАВИЛА ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

На підставі цих Правил ВАТ "Страхова компанія "Алькона" (надалі - Страховик) укладає Договір страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі - Договір страхування) фізичних осіб (надалі - Застраховані особи) із юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі - Страхувальник).

СТРАХУВАЛЬНИКОМ є юридична особа або дієздатний громадянин, яка (який) уклала (в) із Страховиком Договір страхування.

Страхувальники мають право укладати:

- Договори страхування власного здоров'я;
- Договори страхування здоров'я третіх осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА - фізична особа віком від 0 до 70 років, на користь якої укладений Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

У випадку коли Страхувальник уклав Договір страхування власного здоров'я, він одночасно є і Застрахованою особою.

Вигодонабувач – фізична особа, яку Страхувальник має право призначити за згодою Застрахованої особи для отримання страхової виплати у випадку смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, яка за умовами Договору страхування вважається страховим випадком. Якщо Вигодонабувач не був визначений у Договорі страхування, страхову виплату отримує один із спадкоємців Застрахованої особи (надалі - Спадкоємець).

ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ – це письмова угода між Страховиком і Страхувальником, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ – програма, яка визначає обсяги та умови страхування.

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

СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - подія, передбачена Договором страхування, яка відбулась під час дії Договору страхування, і з настанням якої виникає обов'язок Страхогика здійснити страхову виплату Страхувальному, Застрахованій особі або іншій третьій особі (Вигодонабувачу чи Спадкоємцю).

СТРАХОВА СУМА – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

СТРАХОВИЙ ТАРИФ – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми, за визначений період страхування.

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний сплатити Страховику згідно з Договором страхування.

СТРАХОВА ВИПЛATA – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору при настанні страхового випадку.

2. ОБ'ЄКТ СТРАХУВАННЯ

2.1. Об'єктом страхування згідно з цими Правилами є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані із здоров'ям Застрахованої особи.

3. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВОЇ СУМИ

3.1. Розмір страхової суми для кожної Застрахованої особи встановлюється за згодою сторін при укладанні Договору страхування.

3.2. Якщо Страхувальник сплатив страховий платіж частково, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частині страхового платежу, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

3.3. В період дії Договору страхування Страхувальник за згодою Страховика може збільшити розмір страхової суми шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу.

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК І СТРАХОВИЙ ВИПАДОК

4.1. Страховими ризиками за цими Правилами можуть бути певні події:

- Гостра хвороба або загострення хронічної хвороби.
- Смерть Застрахованої особи внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Стійка втрата Застрахованою особою працевдатності внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Тимчасова втрата Застрахованою особою працевдатності внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Ускладнення, які виникли внаслідок перебігу гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, вагітності та пологів.
- Ускладнення, які виникли внаслідок медичного втручання в організм Застрахованої особи (оперативного втручання, діагностичного обстеження, проведення лікувальних або профілактичних маніпуляцій і т.п.).

4.2. Страховими випадками за цими Правилами визнаються події, передбачені Договором страхування:

- Гостра хвороба або загострення хронічної хвороби.
- Смерть Застрахованої особи внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Стійка втрата Застрахованою особою працевдатності внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Тимчасова втрата Застрахованою особою працевдатності внаслідок гострої хвороби або загострення хронічної хвороби.
- Ускладнення, які виникли внаслідок перебігу гострої хвороби, загострення хронічної хвороби, вагітності та пологів.
- Ускладнення, які виникли внаслідок медичного втручання в організм Застрахованої особи (оперативного втручання, діагностичного обстеження, проведення лікувальних або профілактичних маніпуляцій і т.п.).

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховими випадками не визнаються події, що відбулися внаслідок:

а) вчинення Страхувальником (Застрахованою особою) навмисних або нетравомірних дій, що привели до настання страхового випадку;

б) навмисного спричинення Страхувальником (Застрахованою особою) собі тілесних ушкоджень, в тому числі під впливом дій третіх осіб.

5.2. Страховими випадками не визнаються :

5.2.1. Захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, що зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності Договором страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.2. Новоутворення, хвороби ендокринної системи, коли відповідний діагноз встановлений медичним закладом протягом перших трьох місяців після набуття чинності Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.3. Гостра хвороба, на яку Застрахована особа захворіла до набуття чинності Договору страхування.

5.2.4. Загострення та ускладнення хронічної хвороби, у випадку, коли таке загострення або ускладнення сталося до набуття чинності Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.5. Хвороби, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотиків, токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування.

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

5.2.7. Захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.3. Не укладаються Договори страхування здоров'я осіб, які на час укладення Договору є інвалідами, хворими на онкологічні хвороби, хворими з тяжкими формами серцево-судинної системи, нервової системи, печінковою та нирковою недостатністю, ВІЛ-інфікованими, інфікованими вірусом гепатиту В, С, Е, Д, ні А ні В, особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, венерологічних диспансерах.

5.4. Страховик не несе відповідальності за Договором страхування, якщо страховий випадок стався:

а) під час надзвичайного, особливого чи військового стану, оголошеного органами влади в Україні, або на території дії Договору страхування;

б) під час громадських заворушень, революції, заколоту, повстання, страйку, пікету, локауту або терористичного акту;

в) у випадку впливу ядерної енергії;

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

5.5. окремі програми страхування мають доповнення до переліку винятків зі страхових випадків згідно з Додатками до цих Правил страхування здоров'я на випадок хвороби.

І. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

І.1. Строк дії Договору страхування встановлюється за згодою сторін і зазначається у Договорі страхування.

І.2. Договір страхування діє на території, обумовленій Договором страхування.

ІІ. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

ІІ.1. Договір страхування укладається згідно з цими Правилами та повинен засудити відомості, передбачені Законом України "Про страхування".

ІІ.2. Договори страхування укладываються колективні (договір страхування зазначається на групу осіб) та індивідуальні (договір страхування укладається на одн. засудити).

ІІ.3. Для укладення Договору страхування Страхувальник подає Страховику заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим способом зазначає про свій намір укласти Договір страхування.

ІІ.4. При здійсненні колективного страхування Страхувальник - юридична особа зазначає додає список Застрахованих осіб із зазначенням прізвища, імені, по батькові, року народження та домашньої адреси кожної Застрахованої особи. Страхувальник також повинен надати додаткову інформацію щодо Застрахованих зазначає на письмовий запит Страховика. Список Застрахованих осіб є невід'ємною частиною Договору страхування.

ІІ.5. Договір страхування набирає чинності з моменту сплати страхового платежу (або його частини), якщо інше не передбачено Договором страхування.

ІІ.6. Факт укладання Договору страхування може посвідчуватись страховим засудити (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

ІІ.7. Страховик має право запросити у Страхувальника медичну інформацію зазначенню медичну документацію, заповнену декларацію здоров'я, результати зазначеного Страховиком попереднього медичного обстеження) про стан здоров'я зазначених осіб, зазначених у списку для визначення належності Застрахованих зазначає до груп ризику.

У випадку визначення належності таких осіб до групи підвищеного ризику (групи засудити) Страховик може відмовити Страхувальнику в прийнятті страхової засудитиності за тією хворобою, що виявлена у Застрахованої особи та в засудити результаті якої вона була віднесена до групи підвищеного ризику, або визначає засудити розмір страхового платежу, розрахований з урахуванням поправочного засудити стосовно такої групи ризику.

ІІ.8. Договори індивідуального страхування укладываються після попереднього засудити медичного обстеження особи, яка має бути застрахованою, або оформлення засудити здрав'я при наданні Страховику первинного медичного документу засудити (амбулаторної картки). Об'єм попереднього медичного обстеження визначається Страховиком.

Страховик організовує попереднє медичне обстеження за рахунок коштів Страхувальника.

ІІ.9. На підставі висновків попереднього медичного обстеження (декларації засудити, амбулаторної картки) Страховик визначає групу ризику та розраховує засудити страховий платіж з урахуванням поправочного коефіцієнту:

* група ризику I - здорові особи віком до 25 років, маса тіла яких відповідає засудити, одружені, без обтяжливої спадковості, без шкідливих звичок, які не мають засудити захворювань, алергічних проявів, прооперовані з приводу гострого засудити (але не гангренозного), не мали інших операцій, травм, не відносяться до засудити часто хворюючих гострими респіраторними хворобами (хворіють не більше засудити на рік), не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами засудити, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною

радіоактивністю. Не займаються ризиковими видами спорту. Жінки - гінекологічно здорові, що не планують вагітність в період дії Договору страхування. Ротова порожнина не підлягає санації та не санована.

Застосовується поправочний коефіцієнт 0,2-0,7;

• група ризику II - здорові особи віком 25 - 35 років, маса тіла яких відповідна віку, без шкідливих звичок, які не мають хронічних захворювань, алергічних проявів, не відносяться до категорії часто хворіючих гострими респіраторними хворобами (не більше 2-х разів на рік), не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами праці, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною радіоактивністю. Не займаються ризиковими видами спорту. Жінки - гінекологічно здорові, що не планують вагітність в період дії Договору страхування. Ротова порожнина не підлягає санації, сановано 2-3 зуби.

Застосовується поправочний коефіцієнт 0,7-0,9.

• група ризику III - особи віком 35 - 40 років та всі вікові категорії до 35 років, маса тіла яких відповідна віку, які не мають хронічних та алергічних захворювань, курять не більше 5-10 сигарет в день протягом не більше 3-х років, споживають спиртні напої тільки у святкові дні, мають обтяжливу спадковість, періодично хворіють гострими захворюваннями (не більше 4 разів на рік), в анамнезі мають черепно-мозкові травми без наслідків, не працюють на виробництві з шкідливими та ризиковими умовами праці, не проживають в забруднених місцевостях і місцевостях з підвищеною радіоактивністю. Ротова порожнина не підлягає санації, сановано не більше 3-х зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,0-1,2.

• група ризику IV - особи віком 40 - 45 років та всі вікові категорії до 40 років, які мають загострення хронічних захворювань не більше 2-х разів на рік, алергічні захворювання в анамнезі, обтяжливу спадковість на цукровий діабет, курять більше 10 сигарет за день, вживають спиртні напої 1-2 рази на тиждень, часто (більше 4-х разів на рік) хворіють гострими респіраторними захворюваннями, маса тіла яких на 5% більше норми, працюють на виробництві з шкідливими умовами праці, проживають в IV зоні радіоактивного забруднення. Ротова порожнина не санована, підлягає санації 1-3 зуби.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,2-1,5.

• група ризику V - вік 45 - 55 років, та всі вікові категорії до 45 років, які мають загострення хронічних захворювань більше 2-х разів на рік, алергічні хвороби, зловживають курінням (більше 20 сигарет в день), алкоголем, маса тіла яких на 10% більше від норми, працюють на виробництві з шкідливими умовами праці, проживають в III зоні радіоактивного забруднення). Ротова порожнина не санована, підлягає санації не більше 5 зубів.

Застосовується поправочний коефіцієнт 1,5-3,0.

• група ризику VI - вік старше 55 років, та всі вікові категорії до 55 років, які мають хронічні захворювання в стадії субкомпенсації, маса тіла яких на 15% більше норми. Ротова порожнина не санована.

Застосовується поправочний коефіцієнт 2,5 – 4,0.

• група ризику VII – вік, старше 55 років, та всі вікові категорії до 55 років, маса тіла яких на 20% більше норми, які мають хронічні захворювання в стадії декомпенсації.

Застосовується поправочний коефіцієнт 4,0 – 5,0.

7.10. Страховик приймає рішення про укладання Договору страхування протягом 10 (десяти) днів після того, як Страхувальник заявить про свій намір участі Договір страхування.

7.11. Якщо Договір страхування укладається з юридичною особою (у разі колективного страхування), то Страховик видає кожній Застрахованій особі (згідно із

списком Страхувальника) страхову картку, яка засвідчує факт страхування. Страхові картки видаються протягом 7 (семи) днів (не враховуючи вихідних, свяtkovих та неробочих днів) з дня набуття чинності Договору страхування. Якщо Договір страхування набирає чинності після "періоду очікування", то страхові картки видаються протягом 7 (семи) днів з дня сплати страхового платежу.

7.12. При втраті Застрахованою особою Договору страхування, іншого документу, що посвідчує факт страхування (страхової картки - при колективному страхуванні), вона повинна негайно повідомити про це Страховика. Втрачені документи вважаються недійсними.

Страховик замість втраченого документу видає дублікат.

У разі повторної втрати такого документу протягом дії Договору страхування Страхувальник сплачує Страховику грошову суму в розмірі вартості його виготовлення.

7.13. При укладанні Договору страхування Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховику всі відомі йому обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику. У цьому разі істотними можуть бути визнані обставини, що спеціально обумовлені Страховиком у Договорі страхування або в його письмовому запиті.

Якщо Договір страхування укладено при відсутності відповідей Страхувальника на запит Страховика, останній не може у подальшому вимагати дострокового припинення дії Договору або визнання його недійсним на підставі, що відповідна інформація не була надана Страхувальником.

Якщо після укладення Договору страхування було встановлено, що Страхувальник повідомив наперед неправдиві відомості про об'єкт страхування (обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику), Страховик має право вимагати дострокового припинення дії Договору страхування та/або відмовити у здійсненні страхової виплати, за винятком випадків, коли такі обставини виникли під час дії Договору страхування.

7.14. Страховик при укладанні Договору страхування зобов'язаний ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

7.15. Якщо протягом дії Договору колективного страхування Застрахована особа (працівник Страхувальника) припиняє трудові відносини із Страхувальником-юридичною особою, то на підставі письмового повідомлення Страховика дія Договору страхування щодо такої особи припиняється.

Страхові картки осіб, виключених із списку Застрахованих осіб, повертаються Страховику.

7.16. Не пізніше ніж за 3 (три) місяці до закінчення дії Договору страхування, Страхувальник-юридична особа має право збільшити кількість Застрахованих осіб, надавши Страховику необхідну інформацію про відповідних осіб. При цьому сторонами укладається додаткова угода до Договору страхування.

Розрахунок страхового платежу за додатковою угодою проводиться згідно з цими Правилами за період, який залишився до закінчення дії Договору страхування.

Згідно з додатковою угодою до Договору страхування Страховик видає Застрахованим особам страхові картки протягом семи днів (не враховуючи вихідних, свяtkovих та неробочих днів) з дня набуття чинності додаткової угоди до Договору страхування. Якщо додаткова угода до Договору страхування набирає чинності після "періоду очікування" то страхові картки видаються протягом 7 (семи) днів з дня сплати страхового платежу.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРИН

8.1. Страхувальник має право:

8.1.1. У разі настання страхового випадку, якщо Страхувальник Застрахованою особою, отримати страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

8.1.2. На укладання Договору страхування на користь третьої особи за її згодою яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника у відповідності з Договором страхування.

8.1.3. На внесення змін та доповнень до умов Договору страхування згідно з розділом 13 цих Правил.

8.1.4. На досркове припинення дії Договору страхування згідно з розділом 14 цих Правил.

8.1.5. На отримання дублікату Договору страхування (страхового свідоцства полісу, сертифікату) у разі втрати оригіналу.

8.1.6. На збільшення страхової суми під час дії Договору страхування, шляхом укладання додаткової угоди до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу. Додаткова угода набуває чинності у порядку, визначеному пунктом 7.5. цих Правил, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.1.7. На збільшення кількості Застрахованих осіб при колективній формі страхування згідно з пунктом 7.16. цих Правил.

8.2. Застрахована особа має право:

8.2.1. У разі настання страхового випадку отримати страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

8.2.2. Набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування у разі ліквідації Страхувальника - юридичної особи.

8.3. Страховик має право:

8.3.1. Під час укладання Договору страхування вимагати результатів медичного обстеження (заповнення декларації здоров'я) та за результатами приймати рішення щодо умов укладання Договору страхування.

8.3.2. Перевіряти надану Страхувальником (Застрахованою особою) інформацію (у т.ч. результати медичних обстежень), а також контролювати виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов Договору страхування.

8.3.3. У разі необхідності робити запити про відомості, що пов'язані із страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ, підприємств та організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку, а також самостійно з'ясовувати причини та обставини його настання.

8.3.4. Досрочно припинити дію Договору страхування згідно з розділом 14 цих Правил.

8.3.5. Відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, зазначених в розділі 5 цих Правил, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, а також у випадках, передбачених розділом 11 цих Правил.

8.3.6. Вимагати внесення змін до Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику у разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику.

8.4. Страхувальник зобов'язаний:

8.4.1. Сплачувати страхові платежі у розмірі та в строки, що визначені Договором страхування.

8.4.2. При укладанні Договору страхування надати інформацію Страховику про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику і недалі своєчасно інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику.

В період дії Договору страхування протягом трьох робочих днів повідомити Страховика про значні зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені Страховику при укладанні Договору страхування, якщо ці зміни можуть суттєво впливати на збільшення страхового ризику.

8.4.3. Повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з дня його настання будь-яким засобом, що дозволяє зафіксувати факт повідомлення (шляхом використання телефонограми, факсу, електронної пошти тощо).

8.4.4. Тримати в таємниці відомості про Страховика за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.4.5. Повідомити Страховика про інші діючі Договори особистого страхування спосібно кожної Застрахованої особи.

8.4.6. В межах своєї компетенції постійно вживати заходів щодо запобігання на власному виробництві впливу шкідливих факторів на здоров'я Застрахованих осіб (при колективному страхуванні).

8.4.7. У випадку звільнення Застрахованої особи (за Договором колективного страхування) виключити її зі списку Застрахованих осіб, повідомивши про це Страховика в письмовій формі.

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

8.5.1. Надавати Страховику необхідні документи, пов'язані з виконанням умов Договору страхування.

8.5.2. Сповістити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з дня його настання будь-яким засобом, що дозволяє зафіксувати факт повідомлення (шляхом використання телефонограми, факсу, електронної пошти тощо).

8.6. Страховик зобов'язаний:

8.6.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

8.6.3. При настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у терміни, та на умовах передбачених цими Правилами та Договором страхування.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

8.6.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника (Застрахованих осіб) за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.7. Сторони зобов'язані своєчасно повідомляти одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни, що можуть вплинути на виконання сторонами обов'язків згідно з Договором страхування.

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

9. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

9.1. Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, Спадкоємець) повинні повідомити Страховика про настання страхового випадку протягом трьох робочих днів з моменту його настання, якщо інше не передбачено Договором страхування.

9.2. Надати Страховику необхідні документи, передбачені пунктом 10.2 та пунктом 10.3. цих Правил та зазначені у Договорі страхування, а також іншу необхідну достовірну інформацію на вимогу Страховика.

9.3. Страховик здійснює страхову виплату згідно з розділом 10 цих Правил.

10. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

10.1. Страховик здійснює страхову виплату згідно з Договором страхування.

10.2. Для отримання страхової виплати Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, Спадкоємець) надає Страховику такі документи:

- письмову заяву про страхову виплату;
- оригінал Договору страхування (страхового свідоцтва, страхової картки – при колективному страхуванні);
- документ, що посвідчує особу одержувача страхової виплати;
- документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (витяг з історії хвороби, листок непрацездатності, довідка медичного закладу з зазначенням діагнозу та термінів лікування. Всі документи, що видані медичним закладом, повинні бути підписані відповідальною особою та завірені печаткою медичного закладу;
- інші документи, що мають істотне значення для підтвердження настання страхового випадку та зазначені у Договорі страхування.

10.3. У випадку смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, яка за Договором страхування вважається страховим випадком, Вигодонабувач або Спадкоємець до переліку документів, зазначених у п.10.2., додатково надає:

- копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи, завірену нотаріально;
- довідку (виписку із історії хвороби) з медичного закладу про причину смерті, підписану відповідальною особою та завірену печаткою медичного закладу;
- документи, які підтверджують право на спадщину (для Спадкоємця).

10.4. Документи, передбачені пунктом 10.2. та пунктом 10.3. цих Правил, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, Спадкоємець) надає Страховику в термін не пізніше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня настання страхового випадку.

10.5. Якщо для отримання страхової виплати необхідні документи, отримання яких в даний строк є неможливим (витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, рішення суду, свідоцтво про смерть і т. ін.), Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач, Спадкоємець) зобов'язаний їх надати протягом 3 (трьох) робочих днів з дня їх отримання у відповідних органах.

10.6. Страховик може здійснювати страхову виплату готівкою або у безготівковому формі.

На підставі письмової заяви страхова виплата може здійснюватися шляхом оплати наданих Застрахованій особі платних медичних послуг, медикаментів.

10.7. Загальний розмір страхових виплат за страховими випадками щодо кожної Застрахованої особи не може перевищувати страхову суму, визначену в Договорі страхування щодо цієї особи.

У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, яка вважається страховим випадком, Страховик виплачує Вигодонабувачу або Спадкоємцю загальну (річну) страхову суму за вирахуванням раніше здійснених страхових виплат за цією програмою страхування.

10.8. Страховик здійснює страхову виплату протягом 5 (п'яти) банківських днів на підставі страхового акту, який складається ним протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня отримання всіх необхідних документів.

11. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ВИПЛАТУ АБО ВІДМОВУ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

11.1. Страховик зобов'язаний у термін не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня одержання всіх документів, що підтверджують факт настання страхового випадку (перелік таких документів наведено в розділі 10 цих Правил) прийняти рішення про виплату чи відмову у здійсненні страхової виплати шляхом складання страхового акту.

11.2. Підставою для відмови у здійсненні страхової виплати є:

11.2.1. Навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача, 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 свого життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації, а також майна. Кваліфікація дій Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

11.2.2. Вчинення Страхувальником – громадянином, Застрахованою особою або Вигодонабувачем умисного злочину, що призвів до настання страхового випадку.

11.2.3. Подання Страхувальником (Застрахованою особою) свідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку.

11.2.4. Несвоєчасне повідомлення Страхувальником (Застрахованою особою) про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховиків перешкод у визначенні обставин настання страхового випадку.

11.2.5. Визнання Застрахованої особи в судовому порядку безвідомою (зниклою).

11.2.6. Інші випадки, передбачені законодавством України

11.2.7. Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови Страховика у страховій виплаті, якщо це не суперечить законодавству України.

11.3. Якщо за фактом, який став причиною настання страхового випадку, порушено кримінальну справу або розпочато судовий процес, прийняття Страховиком рішення про здійснення страхової виплати може бути відкладене до закінчення розслідування та судового розгляду.

11.4. При відмові у здійсненні страхової виплати Страховик в строк не більше 15 (п'ятнадцяти) робочих днів з дня прийняття рішення про відмову повідомляє Страхувальника (Застраховану особу або Вигодонабувача, Спадкоємця) у письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови.

12. СТРАХОВІ ТАРИФИ, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

12. СТРАХОВИЙ ТАРИФ, ОПЛАЧУЮЧИЙ ПЛАТИЖ

12.1. Страховий тариф обчислюється Страховиком актуарно (математично) на підставі відповідної статистики настання страхових випадків.

12.2. Страхові тарифи зі страхування здоров'я на випадок хвороби визначені у Додатках до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в Договорі страхування за погодженням сторін.

12.3. В окремих випадках (при мінімальному або максимальному ризику в залежності від віку, відсутності або наявності вад в стані здоров'я, відсутності або наявності ризику професії, відсутності або наявності шкідливих звичок, дотримання дієти, режиму, в залежності від місцевості проживання і т.п.) Страховик може використовувати при визначені страхових тарифів поправочні коефіцієнти, передбачені п.7.9. цих Правил.

12.4. За Договором страхування, укладеним на строк менше одного року, розмір страхового платежу визначається як добуток річного страхового платежу на коефіцієнт короткостроковості на підставі таблиці 1 цих Правил, в залежності від строку дії Договору страхування.

Таблиця 1

короткостроко вості	0,15	0,22	0,30	0,36	0,45	0,54	0,62	0,70	0,78	0,86	0,94	1,0
------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----

12.5. Страховий платіж за Договором страхування може бути сплачений Страхувальником одноразово за весь строк страхування або частинами. Порядок та терміни сплати страхових платежів визначаються умовами Договору страхування.

При несплаті чергового платежу в обумовлений Договором строк дія Договору страхування може бути призупинена або досроко припинена у порядку передбаченому Договором страхування.

12.6. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу частинами, а відповідальність Страховика пропорційна сплаченому страховому платежу.

12.7. Якщо страховий випадок настав до сплати чергового страхового внеску знесення якого прострочено, Страховик має право при встановлені розміру страхової виплати, вирахувати суму простроченого чергового страхового платежу.

12.8. При укладанні додаткової угоди до Договору колективного страхування про збільшення кількості Застрахованих осіб розмір страхового платежу визначається з врахуванням коефіцієнта короткостроковості, при цьому страховий платіж за неповний місяць визначається як за повний.

При збільшенні страхової суми величина доплати страхового платежу (Д) розраховується за формулою (1) за кожним об'єктом страхування окремо:

$$D = (P_2 - P_1) \times K \quad (1)$$

де:

P_1 – страховий платіж, визначений у Договорі страхування до укладання додаткової угоди;

P_2 – страховий платіж, визначений у додатковій угоді;

K - коефіцієнт короткостроковості, який визначається відповідно до кількості повних місяців, що залишилися до кінця дії Договору страхування згідно з таблицею 1 цих Правил. При цьому розрахунок за неповний місяць здійснюється як за повний.

12.9. Страхувальник може сплатити страховий платіж готівкою або у безготівковій формі.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ДОПОВНЕТЬ ДО ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

13.1. Будь-які зміни та доповнення до Договору страхування, що відповідають законодавству України та умовам цих Правил, здійснюються за згодою Страхувальника і Страховика.

13.2. Про намір внести зміни та доповнення до Договору страхування сторона - ініціатор повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше ніж за 30 (тридцять) календарних днів до запропонованого терміну внесення змін, якщо інший термін не передбачений Договором страхування.

13.3. Зміни до умов Договору страхування оформлюються додатковою угодою до діючого Договору страхування і є невід'ємною його частиною.

13.4. Якщо будь-яка із сторін не згодна на внесення змін чи доповнень до Договору страхування, то протягом десяти робочих днів з моменту отримання пропозиції про внесення змін чи доповнень до Договору страхування вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або про припинення його дії.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

14.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування - з 00 годин 00 хвилин дnia наступного за днем, що визначений як день закінчення Договору.

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником (Застрахованою особою) у повному обсязі – з дня остаточного розрахунку.

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

14.1.4. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи - з дня прийняття рішення власником або уповноваженим ним органом про ліквідацію, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

14.1.5. Смерті Страхувальника-громадянина чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством.

У разі смерті Страхувальника - громадянина, 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 чинного законодавства покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих.

14.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України – з дня наступного за днем підписання відповідних документів.

14.1.6. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним – з дня підписання Договору страхування.

14.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

14.1.8. Договором страхування можуть бути передбачені інші підстави для припинення дії Договору страхування, якщо це не суперечить законодавству України.

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

14.3. Про намір достроково припинити дію Договору будь-яка із сторін зобов'язана письмово повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення його дії, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.4. 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 відрахуванням нормативних витрат Страховика на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю.

14.5. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика, останній повертає Страхувальному сплачені ним страхові платежі повністю. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає Страхувальному страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат Страховика на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

14.6. Не допускається при достроковому припиненні дії Договору страхування повернення страхового платежу готівкою, якщо він був сплачений у безготівковій формі.

15. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

15.1. Спори за Договором страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів.

15.2. Спори між Страховиком і Страхувальником (Застрахованою особою) з приводу обставин, характеру страхового випадку, розміру страхових виплат вирішуються сторонами із залученням експертів і оплатою їх послуг стороною, яка ініціює проведення експертизи.

15.3. При неможливості врегулювання спірних питань справа розглядається у судовому порядку згідно із законодавством України.

Додаток 1
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "ТН"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою страхування вважається гостра або хронічна хвороба в стадії загострення, що призвела Застраховану особу до тимчасової непрацездатності на термін понад 6 (шість) днів з отримуванням лікування в умовах стаціонару чи поліклініки або смерті внаслідок цієї хвороби.
2. Загальна страхована сума на одну Застраховану особу в рік - 2500 грн.
3. Страховий тариф – 7,2%.
4. Страховий внесок за одну Застраховану особу - 180 грн. в рік.
5. Страхові виплати становлять:

№ п/п	Хвороба, яка призвела до тимчасової втрати працездатності	Страхова виплата за 1 день тимчасової втрати працездатності, грн.	Максимальна страхована виплата за одним страховим випадком, грн.
1.	Хвороба, яка потребувала лікування в стаціонарних умовах (виняток – денний стаціонар) без проведення порожнинного оперативного втручання	17	476
2.	Хвороба, яка потребувала лікування в стаціонарних умовах (виняток – денний стаціонар) з проведенням порожнинного оперативного втручання	21	588
3.	Хвороба, яка потребувала лікування в амбулаторних умовах (у тому числі в денному стаціонарі)	8	184

6. Програма передбачає страхову виплату одній Застрахованій особі не більше ніж за три випадки стаціонарного лікування в рік та не більше ніж за чотири випадки поліклінічного лікування.
7. При визначенні тимчасової непрацездатності понад 6 днів страхована виплата здійснюється з першого дня непрацездатності.
8. Якщо Застрахована особа з приводу одного захворювання (страховий випадок) отримувала етапне лікування в умовах стаціонару та поліклініки, страхована виплата здійснюється за одним етапом лікування (стаціонарним або поліклінічним), за яким страхована виплата більше.
9. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, яка вважається страховим випадком, Страховик виплачує Вигодонабувачу або Спадкоємцю загальну (річну) страхову суму.

10. При укладенні індивідуального Договору страхування ця програма передбачає період очікування 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

11. Згідно з п.5.5 цих Правил страховими випадками також не вважаються: усі хвороби та стани, які привели Застраховану особу до тимчасової втрати працевздатності на термін 6 (шість) та менше днів; психічні хвороби; туберкульоз; СНІД; вірусний гепатит В (С, Д, Е); венеричні хвороби та інші хвороби, які передаються переважно статевим шляхом; злойкісні новоутворення, які були виявлені до початку дії Договору; хронічні хвороби, що були виявлені до початку дії Договору (виняток - колективний Договір страхування); виробничі травми; грибкові захворювання шкіри та нігтів; визнання тимчасової непрацевздатності з приводу: навмисного скоєння тілесних ушкоджень, їх ускладнень та тілесних ушкоджень, що стали наслідком спортивних та розважальних занять; нетрадиційних методів лікування та їх наслідків; алкогольного та наркотичного сп'яніння та їх наслідків; профілактичного лікування, обстеження та проведення профілактичного щеплення; стоматологічного протезування; вагітності, пологів, безпліддя, штучного запліднення, оперативного втручання з приводу зміни статі, штучного переривання вагітності, ожиріння, косметологічних та пластичних оперативних втручань, оперативної корекції зору та їх ускладнень.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Додаток 2
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "ТНпс"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою страхування вважається гостра або хронічна хвороба в стадії загострення, що призвела Застраховану особу до тимчасової непрацездатності на термін понад 6 (шість) днів з отримуванням лікування в умовах стаціонару або поліклініки.

2. Загальна страхована сума на одну Застраховану особу в рік - 2500 грн.
3. Страховий тариф – 5,76%.
4. Страховий внесок за одну Застраховану особу - 144 грн. в рік.
5. Страхові виплати становлять:

№ п/п	Хвороба, яка привела до тимчасової втрати працездатності	Страхова виплата за 1 день тимчасової втрати працездатності, грн.	Максимальна страхована виплата за одним страховим випадком, грн.
1.	Хвороба, яка потребувала лікування в стаціонарних умовах (виняток – денний стаціонар) без проведення порожнинного оперативного втручання	17	476
2.	Хвороба, яка потребувала лікування в стаціонарних умовах (виняток – денний стаціонар) з проведенням порожнинного оперативного втручання	21	588
3.	Хвороба, яка потребувала лікування в амбулаторних умовах (у тому числі в денному стаціонарі)	8	184

6. Програма передбачає страхову виплату одній Застрахованій особі не більше ніж за три випадки стаціонарного лікування в рік та не більше ніж за чотири випадки поліклінічного лікування.

7. При визначенні тимчасової непрацездатності понад 6 днів виплата здійснюється з першого дня непрацездатності.

8. Якщо Застрахована особа з приводу одного захворювання (страховий випадок) отримувала етапне лікування в умовах стаціонару та поліклініки, страхована виплата здійснюється за одним етапом лікування (стаціонарним або поліклінічним), за яким страхована виплата більше.

9. При укладанні індивідуального Договору страхування ця програма передбачає період очікування 6 місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

10. Згідно з п.5.5 цих Правил страховими випадками також не вважаються: усі хвороби та стани, які призвели Застраховану особу до тимчасової втрати працездатності на термін 6 (шість) та менше днів; психічні хвороби; туберкульоз; СНІД; вірусний гепатит В (С, Д, Е); венеричні хвороби та інші хвороби, які передаються переважно статевим шляхом; злойкісні новоутворення, які були виявлені до початку дії Договору; хронічні хвороби, що були виявлені до початку дії Договору (виняток - колективний Договір страхування); виробничі травми; грибкові захворювання шкіри та нігтів; визнання тимчасової непрацездатності з приводу: навмисного скоєння тілесних ушкоджень, їх ускладнень та тілесних ушкоджень, що стали наслідком спортивних та розважальних занять; нетрадиційних методів лікування та їх наслідків; алкогольного або наркотичного сп'яніння та їх наслідків; профілактичного лікування, обстеження та проведення профілактичного щеплення; стоматологічного протезування; вагітності, пологів, безпліддя, штучного запліднення, оперативного втручання з приводу зміни статі, штучного переривання вагітності, ожиріння, косметологічних та пластичних оперативних втручань, оперативної корекції зору та їх ускладнень.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Додаток 3
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "ТНсс"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою страхування вважається гостра або хронічна хвороба в стадії загострення, що потребує лікування Застрахованої особи в стационарних умовах або призвела Застраховану особу до смерті внаслідок цієї хвороби в умовах стационару.
2. Загальна страхована сума на одну Застраховану особу в рік - 2500 грн.
3. Страховий тариф – 5,28%.
4. Страховий внесок на одну Застраховану особу - 132 грн. в рік.
5. Страхові виплати становлять:

№ п/п	Профіль відділення	Страхова виплата за 1 ліжко-день пере- бування в стационарних умовах, грн.	Максимальна страхова виплата за одним страховим випадком, грн.
1.	Кардіологія	15	450
2.	Ревматологія	17	544
3.	Гастроентерологія	17	510
4.	Пульмонологія	17	442
5.	Ендокринологія	16	544
6.	Нефрологія	14	294
7.	Гематологія	20	600
8.	Алергологія	18	468
9.	Педіатрія	16	400
10.	Загальна терапія	16	400
11.	Травматологія	18	576
12.	Ортопедія	17	629
13.	Урологія	17	425
14.	Нейрохірургія	19	608
15.	Опікове	27. 40	1 096
16.	Щелепно-лицева хірургія	20	420
17.	Торакальне	26	1 014
18.	Проктологія	18	684
19.	Кардіохірургія	39	1 404
20.	Судинна хірургія	34	840
21.	Ендокринологічна хірургія	20	680
22.	Нефрологічна хірургія	21	567
23.	Загальна хірургія	19	475
24.	Гінекологія	17	408
25.	Отоларингологія	17	391
26.	Офтальмологія	18	396
27.	Неврологія	17	561
28.	Дерматологія	15	375
29.	Інфекційне	17	476

День госпіталізації та день виписки із стационару вважається як один ліжко-день.

6. Програма передбачає страхову виплату одній Застрахованій особі не більше ніж за три випадки стаціонарного лікування на рік (незалежно від профілю відділення, в якому лікувалась Застрахована особа).

7. У разі смерті Застрахованої особи внаслідок хвороби, яка вважається страховим випадком, Страховик виплачує Вигодонабувачу або Спадкоємцю загальну (річну) страхову суму.

8. При укладенні індивідуального Договору страхування програма передбачає період очікування 6 місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

9. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

10. Згідно з п.5.5 цих Правил страховими випадками також не вважаються: смерть, що наступила протягом першої доби перебування Застрахованої особи в стаціонарних умовах; психічні хвороби; туберкульоз; СНІД; вірусний гепатит В (С, Д, Е); венеричні хвороби та інші хвороби, які передаються переважно статевим шляхом; грибкові захворювання шкіри та нігтів; виробничі травми; злоякісні новоутворення, які були виявлені до початку дії Договору; хронічні хвороби, що були виявлені до початку дії Договору (виняток - колективний Договір страхування); перебування на стаціонарному ліжку з приводу: алкогольного та наркотичного сп'яніння, їх наслідків; профілактичного лікування, обстеження та проведення профілактичного щеплення; стоматологічного протезування; вагітності, пологів, безпліддя, штучного запліднення, оперативного втручання з приводу зміни статі; штучного переривання вагітності; ожиріння, косметологічного та пластичного оперативного втручання, корекції зору та її ускладнень; нетрадиційних методів лікування та їх наслідків; навмисного скоєння тілесних ушкоджень, їх ускладнень та тілесних ушкоджень, що стали наслідком спортивних та розважальних занять.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Додаток 4
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "ТНс"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою страхування вважається гостра або хронічна хвороба в стадії загострення, що потребує лікування Застрахованої особи в стаціонарних умовах.
2. Загальна страхована сума на одну Застраховану особу на рік - 2500 грн.
3. Страховий тариф – 3,84%.
4. Страховий внесок на одну Застраховану особу - 96 грн. в рік.
5. Страхові виплати становлять:

№ п/п	Профіль відділення	Страхова виплата за 1 ліжко-день пере- бування в стаціонарних умовах, грн.	Максимальна страхова виплата за одним страховим випадком, грн.
1.	Кардіологія	15	450
2.	Ревматологія	17	544
3.	Гастроентерологія	17	510
4.	Пульмонологія	17	442
5.	Ендокринологія	16	544
6.	Нефрологія	14	294
7.	Гематологія	20	600
8.	Алергологія	18	468
9.	Педіатрія	16	400
10.	Загальна терапія	16	400
11.	Травматологія	18	576
12.	Ортопедія	17	629
13.	Урологія	17	425
14.	Нейрохірургія	19	608
15.	Опікове	27, 40	1 096
16.	Щелепно-лицева хірургія	20	420
17.	Торакальне	26	1 014
18.	Проктологія	18	684
19.	Кардіохірургія	39	1 404
20.	Судинна хірургія	34	840
21.	Ендокринологічна хірургія	20	680
22.	Нефрологічна хірургія	21	567
23.	Загальна хірургія	19	475
24.	Гінекологія	17	408
25.	Оtolарингологія	17	391
26.	Офтальмологія	18	396
27.	Неврологія	17	561
28.	Дерматологія	15	375
29.	Інфекційне	17	476

День госпіталізації та день виписки із стаціонару вважається як один ліжко-день.

6. Програма передбачає страхову виплату одній Застрахованій особі не більше ніж за три випадки стаціонарного лікування на рік (незалежно від профілю відділення, в якому лікувалась Застрахована особа).

7. При укладенні індивідуального Договору страхування програма передбачає період очікування 6 місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

8. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

9. Згідно з п.5.5 цих Правил страховими випадками також не вважаються: психічні хвороби; туберкульоз; СНІД; вірусний гепатит В (С, Д, Е); венеричні хвороби та інші хвороби, які передаються переважно статевим шляхом; грибкові захворювання шкіри та нігтів; виробничі травми; злоякісні новоутворення, які були виявлені до початку дії Договору; хронічні хвороби, що були виявлені до початку дії Договору (виняток - колективний Договір страхування); перебування на стаціонарному ліжку з приводу: алкогольного та наркотичного сп'яніння, їх наслідків; профілактичного лікування, обстеження та проведення профілактичного щеплення; стоматологічного протезування; вагітності, пологів, безпліддя, штучного запліднення, оперативного втручання з приводу зміни статі; штучного переривання вагітності; ожиріння, косметологічного та пластичного оперативного втручання, корекції зору та її ускладнень; нетрадиційних методів лікування та їх наслідків; навмисного скоєння тілесних ушкоджень, їх ускладнень та тілесних ушкоджень, що стали наслідком спортивних та розважальних занять.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Додаток 5
до Правил дсбровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "Іс"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою вважається первинне захворювання на гострий інфаркт міокарду чи гострий інсульт або смерть з причини такого захворювання.

2. Страхові тарифи становлять:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, % від страхової суми
18- 25 років	0,18
26 – 30 років	0,27
31 – 35 років	0,45
36 – 40 років	0,575
41 - 45 років	0,65
46 – 50 років	0,68
51 – 55 роки	0,72
56 – 60 років	0,81

3. Страховий внесок знижується при укладанні Договору страхування за умов одноразової сплати страхового внеску на строк:

- 2 роки – 5%;
- 3 роки – 10%;
- 4 роки – 15 %;
- 5 років – 20%.

4. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю) у розмірі:

- 100% від страхової суми у разі смерті Застрахованої особи;
- 50% від страхової суми у разі захворювання Застрахованої особи з подальшим її одужуванням.

5. Мінімальний термін страхування за цією програмою становить 1 рік.

6. Договір страхування не укладається на користь осіб, які в анамнезі хворіли на гострий інфаркт або гострий інсульт.

7. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

8. Ця програма передбачає період очікування 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О. О. Поплавський

Додаток 6 –
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "І"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою вважається первинне захворювання на гострий інфаркт міокарду або гострий інсульт.

2. Страхові тарифи становлять:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, % від страхової суми
18- 25 років	0,2
26 – 30 років	0,3
31 – 35 років	0,5
36 – 40 років	0,64
41 - 45 років	0,72
46 – 50 років	0,76
51 – 55 роки	0,8
56 – 60 років	0,9

3. Страховий внесок знижується при укладанні Договору страхування за умов одноразової сплати страхового внеску на строк:

- 2 роки – 5%;
- 3 роки – 10%;
- 4 роки – 15 %;
- 5 років – 20%.

4. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю) у розмірі 100% від страхової суми.

5. Мінімальний термін страхування за цією програмою становить 1 рік.

6. Договір страхування не укладається на користь осіб, які в анамнезі хворіли на гострий інфаркт або гострий інсульт.

7. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

8. Ця програма передбачає період очікування 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Додаток 7
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "Мс"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою вважається первинне захворювання на злойкісне новоутворення різних форм локалізації або смерть з причини такого захворювання.

2. Страхові тарифи становлять:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, % від страхової суми
Дорослі:	
15- 30 років	0,375
31 – 40 років	0,45
41 – 45 років	0,525
46 – 50 років	0,6
51 - 55 років	0,675
56 – 60 років	0,75
Діти (0 – 14 років)	0,15

3. Страховий внесок знижується при укладанні Договору страхування за умов одноразової сплати страхового внеску на строк:

- 2 роки – 5%;
- 3 роки – 10%;
- 4 роки – 15 %;
- 5 років – 20%.

4. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю) у розмірі:

- 100% від страхової суми у разі смерті Застрахованої особи;
- 50% від страхової суми у разі захворювання Застрахованої особи.

5. Договір страхування не укладається на користь осіб, які в анамнезі мають злойкісне новоутворення.

6. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

7. За цією програмою страхування період очікування 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О. О. Поплавський

Додаток 8
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "М"
Базові страхові тарифи**

1. Страховим випадком за цією програмою вважається первинне захворювання на злойкісне новоутворення різних форм локалізації.

2. Страхові тарифи становлять:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, % від страхової суми
Дорослі: 15- 30 років	0,5
31 – 40 років	0,6
41 – 45 років	0,7
46 – 50 років	0,8
51 - 55 років	0,9
56 – 60 років	1,0
Діти (0 – 14 років)	0,2

3. Страховий внесок знижується при укладанні Договору страхування за умов одноразової сплати страхового внеску на строк:

- 2 роки – 5%;
- 3 роки – 10%;
- 4 роки – 15 %;
- 5 років – 20%.

4. При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю) у розмірі 100% від страхової суми.

5. Договір страхування не укладається на користь осіб, які в анамнезі мають злойкісне новоутворення.

6. Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.

7. За цією програмою страхування період очікування становить 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О. О. Поплавський

Додаток 9
до Правил добровільного страхування
здоров'я на випадок хвороби

**Програма страхування здоров'я на випадок хвороби "Т"
Базові страхові тарифи**

- Страховим випадком за цією програмою вважається первинне захворювання на активну форму туберкульозу.
- Страхові тарифи становлять:

Вік Застрахованої особи	Страховий тариф, % від страхової суми
Дорослі: (17 років і старші)	0,1
Підлітки: (15 – 17 років)	0,05
Діти: (0 – 14 років)	0,04

- Страховий тариф для осіб, які працюють в шкідливих умовах на виробництві збільшується вдвічі.
- Страховий внесок знижується при укладанні договору страхування та одноразовій сплати страхового внеску на строк:
 - 2 роки – 5%;
 - 3 роки – 10%;
 - 4 роки – 15%;
 - 5 років – 20%.
- При настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату Застрахованій особі або Вигодонабувачу (Спадкоємцю) у розмірі 100% від страхової суми.
- Мінімальний термін страхування за цією програмою становить 1 рік.
- Договір страхування не укладається на користь осіб, які хворіють або хворіли туберкульозом.
- Договір індивідуального страхування не укладається на користь осіб, що старші 60 років.
- При укладенні індивідуального Договору страхування ця програма передбачає період очікування 6 (шість) місяців. У разі подовження дії Договору страхування на наступний рік період очікування не визначається.

Норматив витрат на ведення справи становить 30%.

Актуарій

О.О. Поплавський

Зареєстровано
документом
загальнодержавного
значення

Державна комісія з регулювання тарифів
на послуги України

ЗАРЕЄСТРОВАНО

Дир. Департаменту землеробства
Найменування: *Інтерес Р.О.*

Підпись

Дата *26.01.07*

Регстраційний номер *0440126*