

"Затверджую"

В.о. Голови Правління ЗАТ
"Європейський страховий альянс"



Г.Баринінь

"03" січня 2007 р.

Серія 8/10/07/07

1. Загальні положення

2. Страхові випадки

3. Визначення в страхових випадках та обсяги страхування

4. Порядок укладення договору страхування

5. Порядок визначення розмірів страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів.
Порядок виплати страхових платежів

6. Права та обов'язки сторін

7. Порядок внесення змін до договору страхування

8. Порядок і умови здійснення страхової виплати

9. Умови применшення (пострахового принципалу) для договору страхування

10. Особливі умови

11. Порядок вирішення спорів

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ**

№ 0401/2

Додатки:

- №1 "Тарифні ставки з добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби"

- №2 "Таблиця розмірів страхових виплат у зв'язку зі страховими випадками"

ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

Зміст

Терміни й визначення

1. Загальні положення
2. Страхові випадки
3. Виключення зі страхових випадків та обмеження страхування
4. Порядок укладання договору страхування
5. Порядок визначення розмірів страхових сум, страхових тарифів та страхових платежів.
Порядок сплати страхових платежів
6. Права та обов'язок сторін
7. Порядок внесення змін до договору страхування
8. Порядок і умови здійснення страхової виплати
9. Умови припинення (дострокового припинення) дії договору страхування
10. Особливі умови
11. Порядок вирішення спорів

Додатки:

- №1 "Тарифні ставки з добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби"
- №2 "Таблиця розмірів страхових виплат у зв'язку зі страховими випадками"

ТЕРМІНИ І ВИЗНАЧЕННЯ

У цьому розділі наведені терміни, що використовуються в даних Правилах, і значення, в якому їх слід розуміти в контексті цих Правил.

Вигодонабувач – юридична або фізична особа, що визначена Страхувальником (за згодою Застрахованої особи) у договорі страхування, як особа, яка має право отримати страхову виплату у разі смерті застрахованої особи внаслідок захворювання передбаченого умовами програми страхування, на умовах якої укладено договір страхування.

Договір страхування – це письмова угода між Страхувальником та Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання, в разі настання страхового випадку, здійснити страхову виплату Страхувальнику (Застрахованій особі), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений термін та виконувати інші умови договору страхування.

Застраховані особи – особи, на користь і в інтересах яких за їх згодою укладено договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби між Страховиком та Страхувальником і які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Медичний заклад – державний, або відомчий, або приватний лікувально-профілактичний заклад системи охорони здоров'я, або приватно-практикуючий медичний працівник, що має відповідну ліцензію, до якого звертається Застрахована особа з приводу страхового випадку.

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) – нормативний документ, що приймається Міжнародною організацією охорони здоров'я і визначається як система рубрик, в яких конкретні нозологічні форми включені в класи у відповідності з загальноприйнятими міжнародними критеріями, з метою створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних про смертність та захворюваність, отриманих в різних країнах та регіонах в різний час. В даний момент діє Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду.

Нозологічна форма – певне захворювання, що виділяється на підставі встановленої причини (етіології), особливостей розвитку (патогенезу), типових зовнішніх проявів та характерного ураження органів і тканин.

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов договору страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату.

Страховий платіж – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику відповідно до умов договору страхування.

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

Страховик – Закрите акціонерне товариство "Європейський страховий альянс", яке укладає зі Страхувальниками договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

Страхувальники – юридичні особи та дієздатні громадяни, які уклали зі Страховиком договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На умовах цих Правил Страховик укладає договори добровільного страхування здоров'я громадян на випадок хвороби (далі - договори страхування).

1.2. Страхувальники можуть укладати договори страхування на користь третіх осіб (далі - Застраховані особи) лише за згодою цих осіб.

Якщо договір страхування укладено Страхувальником про страхування власного здоров'я на випадок хвороби, то він одночасно є Застрахованою особою.

1.3. Застрахованими за цими Правилами можуть бути особи у віці від 1 до 60 років, за винятком осіб, зазначених у пункті 3.1 цих Правил, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

1.4. Об'єктом страхування є майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю Страхувальника (Застрахованої особи).

1.5. Укладені договори страхування діють тільки на території України, якщо інше не передбачене договором страхування.

1.6. Страховик у разі настання страхового випадку виплачує Застрахованій особі або вигодонабувачу страхову суму або її частину за умовами, передбаченими договором страхування. Розмір страхової суми, що підлягає виплаті, не залежить від сум, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням і суми, що має бути йому сплачена, як відшкодування збитків.

1.7. Договір страхування укладається строком до 1 року, якщо інше ним не передбачене.

1.8. Розмір страхової суми встановлюється в національній грошовій одиниці України за погодженням між Страхувальником та Страховиком.

2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. За цими Правилами страховими випадками є:

2.1.1. Встановлення Застрахованій особі в період дії договору страхування діагнозу хвороби, що передбачена програмою страхування, за якою укладено договір страхування (далі - Програма страхування).

2.1.2. Встановлення Застрахованій особі в період дії договору страхування первинної інвалідності з приводу хвороби, що передбачена Програмою страхування, за якою укладено договір страхування.

2.1.3. Смерть Застрахованої особи в результаті хвороби, що передбачена Програмою страхування, за якою укладено договір страхування.

2.2. Програмою страхування, на підставі якої укладається договір страхування може бути:

2.2.1. клас (класи) хвороб зі всіма нозологіями, що входить до цього класу (класів), згідно Міжнародної класифікації хвороб, а саме:

№ п/п	Клас хвороби
1	Інфекційні та паразитарні хвороби
2	Новоутворення
3	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин
4	Хвороби крові та кровотворних органів
5	Хвороби нервової системи
6	Хвороби системи кровообігу
7	Хвороби органів дихання

8	Хвороби органів травлення
9	Хвороби сечостатевої системи
10	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини
11	Хвороби кістково-м'язової системи
12	Травми та отруєння
13	Вагітність, пологи та післяпологовий період

2.2.2. окрема нозологія (кілька нозологій), що входить до складу одного з класів хвороб наведених в п.2.2.1 цих Правил.

2.3. Програмою страхування може бути передбачено проведення в період дії договору страхування профілактичних заходів для зниження ризику виникнення страхового випадку, а саме: профілактичні щеплення, профілактичні курси лікування (вітамінопрофілактика, імунопрофілактика та ін.).

2.4. Випадки визнаються страховими, якщо вони сталися під час дії договору страхування та підтверджені документами, виданими компетентними органами (медичними закладами).

3. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

3.1. Застрахованими не можуть бути особи, що знаходяться на обліку у наркологічному, психоневрологічному, протитуберкульозному, шкіро-венерологічному та інших спеціалізованих диспансерах, центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом, хворі на злоякісні онкологічні захворювання, а також інваліди першої та другої групи. Страховик має право вимагати визнання договорів страхування, укладених по відношенню до таких осіб, недійсними з моменту їх укладення, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

3.2. Якщо інше не передбачене договором страхування, страховими випадками не визнаються:

3.2.1. захворювання на інфекційні, паразитарні та вірусні хвороби, якщо вони вперше зареєстровані медичним закладом на протязі першого місяця після набуття чинності договором страхування;

3.2.2. новоутворення та хвороби ендокринної системи, якщо відповідний діагноз вперше встановлений медичним закладом на протязі перших трьох місяців після набуття чинності договором страхування;

3.2.3. захворювання, що були вперше виявлені у Застрахованої особи до моменту набуття чинності договором страхування, в тому числі загострення та ускладнення цих захворювань;

3.2.4. спадкові хвороби та вроджені вади розвитку;

3.2.5. психічні захворювання; їх ускладнення та наслідки;

3.2.6. венеричні захворювання і хвороби, що передаються переважно статевим шляхом (крім тих випадків, коли незалежною експертною комісією доведено, що зараження Застрахованої особи даними захворюваннями відбулося не статевим шляхом);

3.2.7. захворювання та патологічні стани, які є наслідком вживання Застрахованою особою алкоголю, наркотичних та токсичних речовин, ліків без призначення лікаря, самолікування;

3.2.8. захворювання та патологічні стани, які є наслідком замаху на самогубство за винятком тих випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

3.2.9. захворювання та патологічні стани, які є наслідком навмисного спричинення Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

3.2.10. захворювання, які пов'язані з масовими епідеміями та потребують введення комплексу карантинних заходів;

3.2.11. захворювання та патологічні стани, пов'язані з косметичними маніпуляціями (оперативні та інші методи корекції) та ускладнення, пов'язані з таким хірургічним втручанням;

3.2.12. ВІЛ-інфекція, СНІД, СНІД - асоційовані інфекції, пневмонія SARS.

3.2.13. смерть Застрахованої особи внаслідок захворювань та патологічних станів, перелічених у пунктах 3.2.1 - 3.2.12 цих Правил.

4. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

4.1. Для укладання договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву або іншим чином повідомляє про свій намір укласти договір страхування, повідомивши Страховику:

4.2. При укладанні договору страхування Страховик має право запросити у Страхувальника документи про стан здоров'я Страхувальника або особи (осіб), які дали згоду на укладення договору страхування, або вимагати проходження цими особами медичного огляду, що необхідно для оцінки Страховиком страхового ризику.

4.3. Факт укладення договору страхування може посвідчуватись договором страхування чи полісом, який є формою договору страхування.

4.4. Договір страхування оформлюється у двох примірниках, кожен з примірників договору страхування має однакову юридичну силу і зберігається у Страховика і Страхувальника.

4.5. Договір страхування набуває чинності з моменту внесення страхового платежу, та діє протягом одного року, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

4.6. Якщо Страхувальник - юридична особа, до договору страхування додається список Застрахованих осіб із зазначенням Програми страхування, за умовами якої укладено договір страхування, та розміру страхової суми для кожної Застрахованої особи. Список Застрахованих осіб, засвідчений підписом Страхувальника і печаткою, є невід'ємною частиною договору страхування.

4.7. У разі втрати Страхувальником (Застрахованою особою) договору страхування (полісу) Страховик, на підставі особистої заяви Страхувальника (Застрахованої особи), видає його дублікат. З моменту видачі дублікату втрачений примірник договору страхування (полісу) втрачає свою чинність і ніякі виплати за ним не здійснюються.

5. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ, СТРАХОВИХ ТАРИФІВ ТА СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ. ПОРЯДОК СПЛАТИ СТРАХОВИХ ПЛАТЕЖІВ

5.1. Страхова сума встановлюється окремо на кожную Застраховану особу за погодженням між Страхувальником та Страховиком в грошовій одиниці України.

5.2. При укладанні договору страхування Страхувальником сплачується страховий платіж. Розмір страхового платежу визначається залежно від обраної Страхувальником Програми страхування та розміру страхової суми на підставі страхового тарифу, що визначається у Додатку №1 до цих Правил. Конкретний розмір страхового тарифу визначається в договорі страхування за згодою сторін.

5.3. Страховий платіж за договором страхування повинен бути сплачений Страхувальником одноразово за весь строк страхування, якщо інше не передбачене договором страхування.

5.4. Страховий платіж може бути сплачений Страхувальником:

5.4.1. Готівкою - в касу Страховика або страховому агенту;

5.4.2. Шляхом безготівкового розрахунку - через бухгалтерію підприємства, установи, організації, з поточного рахунку в банку.

5.5. Страхувальники - резиденти згідно з укладеними договорами страхування мають право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти - іноземною вільно конвертованою валютою або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених чинним законодавством.

6. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

6.1. Страхувальник має право:

6.1.1. Достроково припинити дію договору страхування.

6.1.2. За домовленістю зі Страховиком внести зміни до умов діючого договору страхування, про що укладається додаткова угода до діючого договору страхування з урахуванням умов розділу 7 цих Правил.

6.1.3. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи призначити Вигодонабувача (Вигодонабувачів) для одержання страхової суми при настанні страхового випадку, передбаченого п. 2.1.3 цих Правил.

6.1.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші права Страхувальника.

6.2. Страхувальник зобов'язаний:

6.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі;

6.2.2. При укладанні договору страхування надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику (в тому числі відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, які Страховик вимагає при укладанні договору страхування та, при необхідності, забезпечити проходження Застрахованою особою медичного обстеження).

6.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього об'єкта страхування.

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

6.2.5. Повідомити Страховика про настання страхового випадку як тільки стане можливим, але не пізніше 30 днів від дня настання страхового випадку. Якщо Страхувальник не є Застрахованою особою, цих заходів повинна вжити Застрахована особа. У разі настання страхового випадку, передбаченого п.2.1.3 цих Правил, таких заходів повинен вжити Вигодонабувач.

6.2.6. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника, зокрема:

6.2.6.1. Сповідати Страховика на протязі терміну дії договору страхування про зміни прізвищ, адрес та інших договірних реквізитів, що стосуються Страхувальника, Застрахованої особи та Вигодонабувача.

6.3. Страховик має право:

6.3.1. Відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування;

6.3.2. Відмовити у виплаті страхової суми (її частини).

6.3.2.1. Підставою для відмови у виплаті страхової суми (її частини) є:

- навмисні дії Страхувальника або Застрахованої особи, спрямовані на настання страхового випадку; зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації; кваліфікація дій Страхувальника або Застрахованої особи встановлюється відповідно до чинного законодавства України;

- вчинення Страхувальником - громадянином або Застрахованою особою навмисного злочину, що призвів до страхового випадку;

- подача Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем) свідомо неправдивих відомостей про факт та обставини страхового випадку;

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

- інші випадки, передбачені чинним законодавством України.

6.3.2.2. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови у виплаті страхових сум, якщо це не суперечить чинному законодавству України, зокрема страховик має право відмовити у виплаті страхової суми (її частини) у випадках, зазначених у пункті у п.3.2 цих Правил, а також, якщо Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач):

- навмисне повідомив заздалегідь неправдиві відомості про стан здоров'я Застрахованої особи при укладанні договору страхування;

- не надав або неповністю надав на вимогу Страховика документів, які підтверджують факт та обставини настання страхового випадку.

6.3.3. Достроково припинити дію договору страхування.

6.3.4. Самостійно з'ясовувати причини та обставини страхового випадку, а в разі необхідності, отримати висновки правоохоронних органів, медичних закладів та інших організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку.

6.3.5. Вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача) інші документи, крім зазначених в пп. 8.1-8.3 цих Правил, що мають суттєве значення для вирішення питання про виплату страхової суми (її частини).

6.3.6. Протягом трьох років з дня виплати вимагати повернення страхової виплати, якщо на те виникнуть підстави, передбачені чинним законодавством України або договором страхування.

6.3.7. Відстрочити страхову виплату на строк до 30 днів у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку з обов'язковим повідомленням про це Страхувальника (Застрахованої особи), або Вигодонабувача.

6.3.8. Умовами договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

6.4. Страховик зобов'язаний:

6.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

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

6.4.3. При настанні страхового випадку прийняти рішення про виплату страхової суми (її частини) або про відмову у виплаті протягом 15 днів з моменту отримання всіх необхідних документів та здійснити виплату страхової суми (її частини) або письмово повідомити про відмову у виплаті протягом 10 робочих днів з дня прийняття відповідного рішення.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхової суми (її частини) шляхом сплати Страхувальнику (Застрахованій особі) пені, розмір якої визначається умовами договору страхування.

6.4.4. Тримати в таємниці відомості про Страхувальника і його майновий стан, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

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

7. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО УМОВ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

7.1. Будь-які зміни до умов договору страхування вносяться лише за письмовою згодою сторін.

7.2. Про намір внести зміни до умов договору страхування Сторона ініціатор повинна письмово повідомити іншу Сторону не пізніше ніж за 30 днів до запропонованої дати внесення змін.

7.3. Зміни до умов договору страхування оформлюються як додаткова угода до діючого договору страхування.

8. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

8.1. Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.1 цих Правил Застрахована особа подає Страховику такі документи:

- заяву про виплату;
- договір страхування (його копію у випадку, якщо договір страхування є колективним);
- документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, довідка з медичного закладу та ін.);
- документ, що посвідчує особу;
- копію ідентифікаційного коду.

Страхову суму (її частину) може одержати також інша особа за письмовим розпорядженням Застрахованої особи, оформленим згідно з вимогами чинного законодавства України.

8.1.1. Умовами договору страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) шляхом оплати наданих Застрахованій особі у зв'язку з захворюванням платних медичних послуг в межах суми, яка належить до виплати з приводу цього захворювання.

8.2. Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.2 цих Правил Застрахована особа подає Страховику такі документи:

- заяву про виплату;
- договір страхування (його копію у випадку якщо договір страхування є колективним);
- документи, що підтверджують факт настання страхового випадку, а саме: рішення МСЕК про встановлення групи інвалідності, документи з медичного закладу, що підтверджують зв'язок між захворюванням, передбаченим Програмою страхування та встановленою групою інвалідності (медична картка, витяг з історії хвороби, довідка з медичного закладу);

- документ, що посвідчує особу;

- копію ідентифікаційного коду.

8.3. Для одержання страхової суми (її частини) при настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.3 цих Правил Вигодонабувач подає Страховику такі документи:

- заяву про виплату;
- договір страхування (його копію у випадку якщо договір страхування є колективним);
- документи, що підтверджують факт настання страхового випадку (медична картка, витяг з історії хвороби, лікарняний лист, довідка з медичного закладу, копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи);

- документ, що посвідчує особу одержувача страхової суми;

- документи, що підтверджують право на спадщину;

- копію ідентифікаційного коду.

8.4. Рішення про виплату або відмову у виплаті страхової суми (її частини) приймається Страховиком протягом 15 робочих днів з дня одержання всіх необхідних документів. Рішення про виплату приймається у вигляді складання страхового акту.

8.5. Страховик здійснює страхову виплату або письмово повідомляє Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) про відмову у виплаті протягом 10 робочих днів після прийняття відповідного рішення.

8.6. Загальна сума виплат для кожної Застрахованої особи за одним або кількома випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої договором страхування.

8.7. При настанні страхового випадку Страховик виплачує Страхувальнику (Застрахованій собі, Вигодонабувачу) страхову суму (її частину), у таких розмірах.

8.7.1. При настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.1 цих Правил, розмір суми, що належить до виплати розраховується за "Таблицею розмірів страхових виплат у зв'язку із страховими випадками" (Додаток №2 до цих Правил).

8.7.2. При настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.2 цих Правил Застрахованій особі виплачується:

- при встановленні I групи інвалідності - 100%,
- при встановленні II групи інвалідності - 80%,
- при встановленні III групи інвалідності - 60%,

від страхової суми, встановленої договором страхування з урахуванням раніше проведених виплат для цієї Застрахованої особи.

8.7.3. При настанні страхового випадку, передбаченого п.2.1.3 цих Правил Вигодонабувачу (Вигодонабувачам) Застрахованої особи виплачується 100% страхової суми, встановленої договором страхування з урахуванням раніше проведених виплат для цієї Застрахованої особи.

8.7.4. Якщо при настанні страхового випадку для хвороби, що передбачена Програмою страхування, у Додатку №2 не встановлений відсоток виплати, страхова виплата розраховується за дні лікування Застрахованої особи, а саме:

- а) при безперервному амбулаторному лікуванні - 0,3 % страхової суми за кожний день лікування, проведеного медичним закладом, але не більше ніж за 30 днів;
- б) при стаціонарному лікуванні - 0,5 % страхової суми за кожний день лікування, проведеного медичним закладом, але не більше ніж за 20 днів.

8.7.5. При здійсненні страхової виплати шляхом оплати медичних послуг, наданих Застрахованій особі медичним закладом, сума виплат не може перевищувати розміру, що належить до виплати з приводу хвороби, визначеної договором страхування, згідно пп.8.7.1 та 8.7.4 цих Правил.

8.8. Належну виплату страхової суми (її частини) Страховик здійснює через свою касу або в безготівковому порядку відповідно до бажання особи, яка одержує виплату, що визначається у заяві про виплату.

9. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ (ДОСТРОКОВОГО ПРИПИНЕННЯ) ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Дія договору страхування припиняється за згодою Сторін, а також у разі:

9.1.1. Закінчення терміну дії.

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

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

9.1.4. Смерті Застрахованої особи. Якщо договір страхування було укладено на користь кількох Застрахованих осіб, у разі смерті однієї Застрахованої особи договір страхування припиняє дію тільки відносно цієї особи.

9.1.5. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому чинним законодавством України.

9.1.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

9.1.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

9.2. Договір страхування може бути достроково припинено за вимогою однієї із сторін. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона

зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до передбачуваної дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

Дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування.

9.3. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (40%), та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо ця вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

9.4. У разі дострокового припинення дії договору страхування за вимогою Страховика, Страховик повертає Страхувальнику повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика зумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу (40%), та фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором страхування.

9.5. У разі припинення дії договору страхування не допускається повернення коштів готівкою, якщо страхові платежі було здійснено у безготівковій формі, за умови дострокового припинення дії договору страхування.

9.6. Якщо в період дії договору страхування Страхувальник - юридична особа втрачає права юридичної особи внаслідок реорганізації і встановлюється його правонаступник, то всі права та обов'язки за договором страхування, переходять до його правонаступника.

9.7. У разі визнання судом Страхувальника-громадянина недієздатним його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.

У разі визнання судом Страхувальника-громадянина обмежено дієздатним він здійснює свої права і обов'язки Страхувальника за договором страхування лише за згодою піклувальника.

10. ОСОБЛИВІ УМОВИ

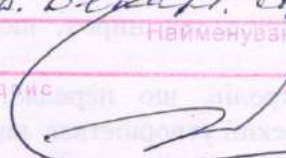
10.1. Цими Правилами регламентовано основні умови добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби. Однак за згодою Страховика та Страхувальника до договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, що відповідають положенням цих Правил та не суперечать чинному законодавству України. Узгоджені сторонами положення договору страхування мають юридичну перевагу в порівнянні з положеннями цих Правил.

11. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

11.1. Позов за вимогами, що витікають з договору страхування може бути пред'явлений в строк, передбачений чинним законодавством України.

11.2. Спори, що виникають за договором страхування, розглядаються у відповідності до чинного законодавства України.

Промпоровано, промпоровано
та сириннено покатного
35 (Ридний ч'єв)
армунів

Державна комісія з регулювання ринку фінансових послуг України	
ЗАРЕЄСТРОВАНО	
Дир. Держ. еф.х. мон.сф. <i>Григоренко С.О.</i>	
Найменування послуги	
Підпис	Прізвище, ініціали, ім'я
	<i>Григоренко С.О.</i>
Дата 13.02.07	Реєстраційний номер 0440514



Григоренко С.О.
Григоренко С.О.