



ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СТРАХОВИЙ АЛЬЯНС
EUROPEAN INSURANCE ALLIANCE

- 1. Загальні положення
- 2. Цілі та завдання
- 3. Організаційна структура
- 4. Порядок укладання договірних страхувань
- 5. Страхування суми страхування
- 6. Територія та територія дій договору страхування
- 7. Порядок здійснення виплат
- 8. Права та обов'язки сторін
- 9. Особливості умов
- 10. Порядок виконання операцій
- 11. Додатки

"Затверджую"
Голова Правління Закритого акціонерного товариства "Європейський страховий альянс"



М.В.Воронянська

"01" лютого 2010 року

**ПРАВИЛА
добровільного медичного страхування
№ 0307/1**

ТЕРМІНИ І Зміст

Терміни й визначення

- 1. Загальні положення
- 2. Страхові випадки
- 3. Винятки зі страхових випадків та обмеження страхування
- 4. Порядок укладання договору страхування
- 5. Страхова сума, страховий платіж та строк його сплати
- 6. Чинність та припинення дії договору страхування
- 7. Порядок здійснення страхової виплати
- 8. Права та обов'язки сторін
- 9. Особливі умови
- 10. Порядок вирішення спорів
- 11. Додатки

ТЕРМІНИ Й ВИЗНАЧЕННЯ

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

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 шляхом оплати вартості наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) медичних послуг в обсязі, передбаченому обраною Страхувальником програмою добровільного медичного страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначений строк та виконувати інші умови договору страхування.

Застраховані особи – особи, на користь і в інтересах яких укладено договір добровільного медичного страхування між Страховиком та Страхувальником і які можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Іноземці – особи, які належать до громадянства іноземних держав і не є громадянином України.

Медичний заклад – державний, або відомчий, або приватний лікувально-профілактичний заклад системи охорони здоров'я, або приватно-практикуючий медичний працівник, що має відповідну ліцензію, з яким Страховиком або спеціалізованою службою укладена угода стосовно надання медичних послуг Страхувальнику (Застрахованій особі).

Особи без громадянства – особи, які не належать до громадянства будь-якої держави.

Програма добровільного медичного страхування (далі програма страхування) – це набір медичних, медико-транспортних та інших послуг певного переліку та якості, які надаються Страхувальнику (Застрахованій особі) та оплачуються Страховиком у разі настання страхового випадку.

Страховик – Закрите акціонерне товариство "Європейський страховий альянс", яке укладає зі Страхувальниками договори добровільного медичного страхування.

Страхувальники – юридичні особи, незалежно від форм власності, дієздатні фізичні особи - громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які уклали зі страховиком договори добровільного медичного страхування.

Страховий випадок – подія, передбачена договором страхування, яка відбулась і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити оплату вартості медичних послуг, наданих Страхувальнику (Застрахованій особі) згідно з договором страхування.

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

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

Сервісний центр – структурний підрозділ Страховика, який відповідно до покладених на нього функціональних завдань здійснює організацію медичної допомоги Застрахованим особам, контроль за ходом лікування.

Спеціалізована служба – юридична особа, що уклала договір зі Страховиком, яка від імені та за дорученням Страховика здійснює організацію медичної допомоги Застрахованим особам та контроль за ходом лікування.

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

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. На умовах Правил добровільного медичного страхування (далі - Правила) Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (далі - договори страхування).

1.2. Страхувальники можуть укласти із Страховиком договори про страхування третіх осіб (далі Застраховані особи), лише за їх згодою; Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з договором страхування.

Застрахованими за цими Правилами можуть бути дієздатні фізичні особи - громадяни України, іноземці та особи без громадянства віком до 60 років, за винятком осіб, зазначених в п.3.1 цих Правил, якщо інше не передбачене умовами договору страхування.

1.3. Предметом договору страхування за цими Правилами є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям Страхувальника (Застрахованої особи).

1.4. Страховик в разі настання страхового випадку здійснює страхову виплату відповідно до умов договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом оплати вартості медичної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником (Застрахованою особою) програми страхування, яка була надана Страхувальнику (Застрахованій особі) закладами охорони здоров'я, до яких він звернувся (був направлений сервісним центром або спеціалізованою службою) під час дії договору страхування у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку.

1.5. Вибір програми страхування, строк дії договору страхування та розмір страхової суми визначається при укладенні договору страхування за погодженням між Страховиком та Страхувальником.

1.6. Договір страхування укладається строком до одного року, якщо його умовами не передбачене інше.

1.7. Укладені договори страхування діють тільки на території України, якщо інше не передбачене умовами договору.

2. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

2.1. Страховим випадком є документально підтвержене звернення Страхувальника (Застрахованої особи) під час дії договору страхування до медичного закладу, з числа перелічених у додатку до договору страхування (полісу), за одержанням медичної допомоги з приводу гострого захворювання, загострення хронічної хвороби, розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку, ускладнення, що виникло під час лікування, планового хірургічного втручання (операції) та інших обумовлених договором страхування випадків у вигляді консультативно-діагностичних, лікувально-профілактичних та медико-транспортних послуг, що надаються в порядку та на умовах передбачених програмою страхування.

2.2. Договір страхування може бути укладений на умовах таких програм страхування:

2.2.1. Повний обсяг медичної допомоги.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страховик гарантує Страхувальнику (Застрахованій особі) оплату вартості отриманих ним медичних послуг відповідно до переліку, обраного Страхувальником у разі стаціонарного, амбулаторно-поліклінічного лікування, невідкладної та стоматологічної допомоги у медичних закладах, визначених договором страхування.

2.2.2. Медична допомога при амбулаторному лікуванні.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страховик гарантує Страхувальнику (Застрахованій особі) оплату вартості отриманих ним медичних послуг відповідно до переліку, обраного Страхувальником, у разі амбулаторного лікування в медичних закладах, визначених договором страхування.

2.2.3. Медична допомога при стаціонарному лікуванні.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг відповідно до переліку, обраного Страхувальником, у разі звернення до медичних закладів, визначених договором страхування, за стаціонарною медичною допомогою.

2.2.4. Невідкладна медична допомога.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості невідкладної медичної допомоги відповідно до переліку, обраного Страхувальником, наданих бригадою швидкої медичної допомоги.

2.2.5. Подорож

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості медичних послуг, отриманих ним у разі раптового гострого захворювання або нещасного випадку під час відпочинку, подорожі або відрядження.

2.2.6. Сімейний лікар

При укладенні договору страхування на таких умовах Страхувальнику (Застрахованій особі) гарантується оплата вартості отриманих ним медичних послуг у разі раптового захворювання або нещасного випадку. При цьому застрахованою за умовами даної програми страхування може бути будь-яка особа, або група осіб, що знаходяться між собою у родинних стосунках (батьки та діти) та/або проживають разом (в межах однієї квартири або приватного будинку).

2.2.7. Програма медичного страхування іноземців, які тимчасово перебувають на території України, на випадок надання їм екстреної медичної допомоги.

При укладенні договору страхування на таких умовах Страховик гарантує Страхувальнику (Застрахованій особі) – іноземцю або особі без громадянства, оплату вартості отриманих ним екстреної медичної допомоги в разі стаціонарного амбулаторного, поліклінічного лікування та невідкладної швидкої та стоматологічної допомоги у медичних закладах, визначених договором страхування.

Укладання договорів страхування зі Страхувальником (Застрахованою особою) – іноземцем або особою без громадянства на випадок надання іншої, ніж екстрена медична допомога можливе на умовах Програм страхування, визначених в підпунктах 2.2.1 – 2.2.6 цих Правил."

2.3. Програми страхування, за якими може бути укладений договір страхування, наведені в Додатках №1-№7 до цих Правил.

3. ВИНЯТКИ ЗІ 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 в договорі страхування та в програмі страхування не зазначене інше, то Страховик не несе відповідальності при зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) з приводу таких захворювань та станів:

3.2.1. Отруєння Страхувальника (Застрахованої особи) наркотичними речовинами, токсичними речовинами, медикаментозними препаратами, прийнятими без призначення лікаря, етанолом та його сурогатами (спирти, спиртотонічні технічні рідини, розчинники, тощо). Травми та інші розлади здоров'я, що є наслідком: сп'яніння середнього та важкого ступеню, що спричинене етанолом та його сурогатами (вміст етилового спирту в крові становить 1,5 проміле та вище), наркотичними, токсичними речовинами, медикаментозними препаратами (при наявності таких речовин або їх специфічних метаболітів в слині, крові, сечі).

Виняток складають випадки, коли є дані правоохоронних органів про те, що такі стани стали результатом насильницьких дій третіх осіб.

3.2.2. СНІД, ВІЛ-інфекція, гепатити, пневмонія SARS.

3.2.3. Хронічні захворювання, діагноз яких вперше встановлений до моменту укладання договору страхування, в стадії ремісії.

3.2.4. Психічні захворювання, їх ускладнення та наслідки.

3.2.5. Епілепсія, її 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. Вагітність та її ускладнення (крім позаматкової вагітності), пологи.

3.2.8. Первинне та вторинне безпліддя, імпотенція, клімакс, порушення менструального циклу у жінок.

3.2.9. Захворювання крові (всі форми лейкозів, анемії, тощо) за винятком анемії, зумовленої гострою крововтратою.

3.2.10. Остеохондроз, за винятком випадків лікування загострень та ускладнень остеохондрозу, з приводу яких встановлюється тимчасова непрацездатність, що посвідчується лікарняним листком.

3.2.11. Остеопороз.

3.2.12. Професійні захворювання, хвороби ендокринної системи, системні захворювання сполучної тканини, захворювання органів та тканин, які потребують трансплантації органів та/або тканин та постійної замісної терапії.

3.2.13. Вроджені аномалії та вади розвитку, спадкові захворювання.

3.2.14. Грибкові та паразитарні захворювання шкіри та придатків: кератомікози, епідермомікози, трихомікози, бластомікози, споротрихоз, хромомікоз, аспергильоз, гистоплазмоз, мукороз, цефалоспориоз, риноспоридиоз, кандидоз (поверхневий, хронічний, генералізований, вісцеральний, генітальний), оніхомікоз, псевдомікоз; демодекоз, педикульоз.

3.2.15. Онкологічні захворювання.

3.2.16. Псоріаз, екзема, нейродерміт.

3.2.17. Туберкульоз та його ускладнення.

3.2.18. Цукровий діабет 1 та 2 типів та його ускладнення.

3.2.19. Демієлінізуючі захворювання центральної нервової системи.

3.2.20. Хронічна ниркова, печінкова, серцева недостатність.

3.2.21. Травми та захворювання, що є наслідком участі Страхувальника (Застрахованої особи) в професійних спортивних змаганнях та тренуваннях, а також наслідками занять застрахованою особою екстремальними видами розваг та спорту.

3.2.22. Травми та захворювання, що є наслідком навмисного нанесення собі тілесних пошкоджень.

3.2.23. Розлад здоров'я, що виник у Страхувальника (Застрахованої особи) внаслідок самолікування або лікування особою, яка не має відповідного сертифікату.

3.3. Страховик не відшкодує:

3.3.1. Витрати на лікарські засоби, що необхідні для профілактичного та/або протирецидивного лікування хронічних захворювань.

3.3.2. Витрати на лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 30 днів при гострому захворюванні (препарати, що мають вплив на гормональний стан, в т.ч. ферментні та гормональні препарати, та інші препарати).

3.3.3. Витрати на лікарські засоби для проведення тривалої терапії строком більше, як 20 днів при хронічному захворюванні в стадії загострення (препарати, що мають вплив на гормональний стан, в т.ч. ферментні та гормональні препарати, та інші препарати).

3.3.4. Витрати на штучне запліднення, контрацепцію, штучне переривання вагітності (за виключенням абортів за медичними показаннями).

3.3.5. Витрати на оптичну та лазерну корекцію зору.

3.3.6. Витрати на протезування суглобів та інших органів.

3.3.7. Витрати на придбання Застрахованою особою за власним бажанням лікарських засобів та виробів медичного призначення без призначення лікаря.

3.3.8. Витрати на нетрадиційні методи обстеження та лікування (гіпноз, рефлексотерапія, іридіодіагностика тощо).

3.3.9. Екстракорпоральні методи лікування (гемодіаліз, плазмаферез, тощо).

3.3.10. Витрати на медикаменти стимулюючої та профілактичної дії (бальзам Бітнера, Біовіталь, тощо), статини, ензими загальної дії (вобензим, тощо), харчові добавки, йогурти, косметичні засоби, біологічно активні засоби, засоби для схуднення (ксенікал та інші), фітотерапія тощо.

3.3.11. Витрати на антигомотоксичне, гомеопатичне лікування, вітамінопрофілактику.

3.3.12. Витрати на специфічну та неспецифічну профілактику інфекційних захворювань.

3.3.13. Витрати на проведення генетичних досліджень.

3.3.14. Витрати на пластичні оперативні втручання, косметологічні послуги, кріомасаж обличчя, тощо.

3.3.15. Витрати на допоміжні засоби медичного користування: милиці, окуляри, контактні лінзи, слухові апарати, протези, інвалідні коляски, еластичні бинти, комір Шанса, бандажі, ортези тощо.

3.4. Страховик не сплачує вартість наданих медичних послуг та послуг з медичного транспортування у випадку:

3.4.1. Виклику бригади швидкої медичної допомоги та / або лікаря за неповною, неточною або неіснуючою адресою, що вказана Страхувальником (Застрахованою особою) або іншою особою, що діє від імені Страхувальника (Застрахованої особи) та/або в його інтересах.

3.4.2. Виклику бригади швидкої медичної допомоги та/або лікаря для надання медичної допомоги особі, що не є застрахованою за умовами відповідної програми страхування.

3.4.3. Виклику бригади швидкої медичної допомоги та/або лікаря в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння (в тому числі з метою переривання запою).

3.4.4. Лікування, проведеного у зв'язку з хворобою, що не передбачена договором страхування та програмою страхування.

3.5. Страхова виплата не здійснюється, якщо:

3.5.1. Випадок, що має ознаки страхового, став наслідком навмисних дій Страхувальника (Застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на виконання 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 (Застрахованої особи) встановлюється відповідно до чинного законодавства України.

3.5.2. Страхувальником (Застрахованою особою) було вчинено умисний злочин, що призвів до страхового випадку.

3.5.3. Страхувальником (Застрахованою особою) були подані свідомо неправдиві відомості про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку.

3.5.4. Страхувальник (Застрахована особа) несвоєчасно повідомив Страховика про настання страхового випадку без поважних на це причин або створив Страховикові перешкоди у визначенні обставин, характеру та розміру шкоди.

3.6. Страховик звільняється від здійснення страхової виплати у разі настання випадку, що має ознаки страхового, внаслідок:

3.6.1. Ядерного вибуху, впливу радіації або радіоактивного забруднення.

3.6.2. Військових дій, а також маневрів або інших військових заходів.

3.6.3. Громадянської війни, громадських заворушень різного роду та страйків.

3.6.4. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

3.7. Умовами договору страхування та програми страхування можуть бути передбачені інші підстави відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

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:

4.1.1. Дані про Страхувальника:

- прізвище, ім'я, по батькові (повну назву юридичної особи);
- домашню (юридичну) адресу та номер телефону;
- банківські реквізити (тільки для юридичних осіб);

4.1.2. Дані про Застраховану особу (про кожну окремо, якщо договір укладається на страхування кількох осіб):

- прізвище, ім'я, по батькові, стать;
- особистий ідентифікаційний код;
- домашню адресу та номер телефону;
- дату народження;
- обрану програму страхування;
- розмір страхової суми;
- період страхування.

Страхувальник, на прохання Страховика, повідомляє дані про стан здоров'я осіб, які приймаються на страхування, та інші дані, необхідні Страховику для визначення умов договору страхування та забезпечення медичного обслуговування Застрахованих осіб.

4.2. У разі подання Страхувальником невірогідних або свідомо неправдивих даних про предмет договору страхування або про факт настання страхового випадку Страховик має право відмовити Страхувальнику (Застрахованій особі) у страховій виплаті за договором страхування.

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

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. Якщо Страхувальник - юридична особа, до договору страхування додається список осіб, які приймаються на страхування з зазначенням даних, що передбачені п.4.1.2 цих Правил. Список Застрахованих осіб, засвідчений підписом Страхувальника і печаткою, є невід'ємною частиною договору страхування.

4.6. 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.

4.7. Страхувальнику (Застрахованій особі) забороняється передавати власний примірник договору страхування (полісу) іншим особам з метою одержання ними медичних послуг за договором страхування.

Якщо буде встановлено, що Страхувальник (Застрахована особа) передав іншій особі договір страхування (поліс) з метою одержання нею медичних послуг за договором страхування, Страховик достроково припиняє дію договору страхування у відношенні до такого Страхувальника (Застрахованої особи). Повернення страхових платежів у цьому випадку провадиться в порядку, передбаченому пунктом 6.5 цих Правил.

4.8. Страхувальник під час дії договору страхування, за погодженням зі Страховиком, може розширити перелік медичних послуг або підвищити розмір страхової суми за додатковою угодою до договору страхування, сплативши при цьому додатковий платіж. Додаткова угода до договору страхування починає діяти відповідно до умов частини другої пункту 6.1 цих Правил.

5. СТРАХОВА СУМА, СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ ТА СТРОК ЙОГО СПЛАТИ

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

5.2. При укладанні договору страхування Страхувальником сплачується страховий платіж, розмір якого залежить від страхової суми, строку страхування, обраної програми страхування, групи здоров'я та інших умов за договором страхування, та визначається за страховими тарифами, наведеними у програмах страхування (Додатки №1-№7 до цих Правил).

На підставі інформації в наданій (за вимогою Страховика) "Декларації про стан здоров'я" (Додаток 8 до цих Правил) або в медичних документах, що підтверджують стан здоров'я Застрахованої особи (витяг з амбулаторної картки тощо) на момент укладення договору страхування, або результатів попереднього медичного огляду, який Застрахована особа здійснює за вимогою Страховика, встановлюється відповідна група здоров'я:

I група здоров'я - практично здорові особи без обтяжливої спадковості та шкідливих звичок, які перенесли дитячі інфекційні хвороби, хворіють простудними захворюваннями не частіше двох разів на рік, не мають хронічних захворювань, робота яких не пов'язана з небезпечними або шкідливим умовами;

II група здоров'я – відносно здорові особи з обтяжливою спадковістю та підвищеним ризиком захворіти на ендокринні, серцево-судинні, онкологічні, ревматичні, обмінні, психічні захворювання, які хворіють простудними захворюваннями частіше двох разів на рік, які не мають хронічних хвороб, або мають їх в стадії стійкої ремісії, в анамнезі - черепно-мозкові травми, ускладнення дитячих інфекційних хвороб, вживання алкоголю, паління, робота яких пов'язана або була пов'язана з небезпечними або шкідливими умовами праці;

III група здоров'я - особи, які мають хронічні захворювання з тенденцією до загострень, зловживають алкоголем, транквілізаторами, снодійними препаратами; страждають на виражені неврози, психопатію, сексуальні порушення, гіпертонічну хворобу I та II ступеня, ішемічну хворобу серця без вираженої стенокардії; які перенесли порожнинні операції.

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 - до каси Страховика або страховому агенту;

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

5.5. Страхувальники 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. ЧИННІСТЬ ТА ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором страхування, і закінчується о 24 годині дня, зазначеного в договорі страхування, як дата закінчення його дії.

Договором страхування може бути передбачено, що він набуває чинності з 00 годин дня, зазначеного в договорі страхування, як дата початку його дії, але не раніше надходження страхового платежу на розрахунковий рахунок Страховика, або не раніше наступного дня після сплати платежу готівкою до каси Страховика або його представнику.

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

6.2.1. Закінчення строку дії договору страхування.

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

6.2.3. 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 Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору страхування

6.2.4. Ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Застрахованої особи чи втрати нею дієздатності.

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

6.2.6. Прийняття судового рішення про визнання договору страхування недійсним.

6.2.7. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

6.3. За вимогою Страховика, у випадку припинення строку дії договору страхування, Страхувальник повинен повернути оригінал договору страхування (полісу).

6.4. Дія договору страхування може бути достроково припинена за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами договору страхування.

6.4.1. Якщо інше не передбачене умовами договору страхування та законодавством України, дія договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови договору страхування.

6.4.2. Про намір достроково припинити дію договору страхування будь-яка сторона зобов'язана письмово повідомити іншу сторону не пізніше як за 30 днів до вірогідної дати дострокового припинення договору, якщо інше ним не передбачено.

6.5. 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, та фактично здійснених виплат за надані медичні послуги за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, та фактично здійснених виплат за надані медичні послуги за цим договором страхування.

6.6. У разі дострокового припинення дії договору страхування в зв'язку зі смертю Застрахованої особи або в зв'язку з виконанням Страховиком прийнятих на себе зобов'язань у повному обсязі страхові платежі не повертаються.

6.7. 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.

6.8. 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.

6.9. У разі визнання судом Страхувальника – фізичної особи недієздатним його права і обов'язки за договором страхування переходять до його опікуна.

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

7. ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

7.1. У разі настання страхового випадку страхова виплата здійснюється шляхом оплати вартості наданих медичних послуг Страховиком або спеціалізованою службою безпосередньо на рахунок медичного закладу, що надає медичні послуги, за умови звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до сервісного центру або спеціалізованої служби за телефоном, вказаним в договорі страхування (полісі) або до медичного закладу, передбаченого договором страхування. При зверненні до сервісного

центру, або до спеціалізованої служби, або до медичного закладу Страхувальник (Застрахована особа) повинен вказати: назву Страховика, своє прізвище, номер договору страхування (полісу), назву програми, за якою укладено договір страхування. За першою вимогою спеціалізованої служби, медичного закладу або Страховика, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний надати оригінал договору страхування (полісу) та документ, що посвідчує його особу. Розрахунки між Страховиком та медичними закладами або спеціалізованою службою здійснюється в порядку та в строки, що передбачені договорами між Страховиком та медичними закладами або спеціалізованою службою.

7.2. Якщо у разі непередбачених або надзвичайних подій при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) особисто оплатив надані йому медичні послуги, передбачені програмою страхування, Страховик приймає рішення про відшкодування йому фактичних витрат в межах страхової суми чи суми, що визначена для відповідної програми страхування. Страхувальник (Застрахована особа) має право на отримання компенсації у випадку, якщо він письмово (у формі заяви на виплату) повідомив Страховика про настання страхового випадку не пізніше ніж через 30 календарних днів після закінчення лікування і в цей же строк надав усі необхідні документи, що підтверджують факт настання та обставини страхового випадку, а саме:

- довідки з медичного закладу (на фірмовому бланку або з відповідним штампом), що підтверджує факт настання страхового випадку та діагноз, із зазначенням прізвища пацієнта, дати звернення до медичного закладу, тривалості лікування, переліку наданих послуг, з розбиттям їх за датами та вартістю, загальної суми до сплати;

- рецепта, виписаного лікарем, якщо у зв'язку з даним страховим випадком виникла необхідність у придбанні ліків;

- оригіналу документу, що підтверджує факт здійснення оплати за лікування та медикаменти (фіскальний чек, банківська квитанція, квитанція до прибуткового касового ордеру або інший розрахунковий документ за формою, передбаченою чинним законодавством України).

7.3. Загальна сума страхових виплат, здійснених за період дії договору страхування, не повинна перевищувати розміру страхової суми, встановленої договором страхування.

7.4. Рішення про страхову виплату або відмову в страховій виплаті приймається Страховиком в строк, не більший ніж 15 робочих днів з дня отримання усіх необхідних документів. Рішення про відмову в страховій виплаті повідомляється Страхувальнику (Застрахованій особі) в письмовій формі з обґрунтуванням причин відмови протягом 10 днів з моменту прийняття рішення.

7.5. Страховик здійснює страхову виплату протягом 10 робочих днів з дня прийняття рішення про таку виплату.

7.6. Оплата вартості медичних послуг здійснюється в грошовій одиниці України.

8. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

8.1. Страхувальник (Застрахована особа) має право:

8.1.1. Вимагати від Страховика роз'яснень умов та Правил страхування, порядку визначення розмірів страхової виплати.

8.1.2. Вимагати від Страховика оплати вартості наданих медичних послуг, визначених Договором згідно з обраною Програмою страхування.

8.1.3. Вносити Страховику пропозиції щодо внесення змін і доповнень до умов укладеного Договору.

8.1.4. Надавати Страховику додаткові дані та документи, які мають відношення до випадку, що має ознаки страхового.

8.1.5. На одержання від Страховика дублікату Договору (страхового полісу) в разі втрати оригіналу.

8.1.6. Достроково припинити дію Договору.

8.1.7. На інші права, що можуть бути передбачені договором страхування та/або чинним законодавством України.

8.2. Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний:

8.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі.

8.2.2. 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.

8.2.3. Повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета страхування.

8.2.4. У разі настання страхового випадку повідомити про це Страховика або спеціалізовану службу у строк, передбачений умовами договору страхування.

8.2.5. Уживати заходи щодо запобігання та зменшення шкоди, завданої здоров'ю внаслідок випадку, що має ознаки страхового.

8.2.6. Виконувати інші обов'язки, передбачені чинним законодавством України.

8.3. Договором страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника (Застрахованої особи), зокрема:

8.3.1. Виконувати приписи лікаря, який лікує Страхувальника (Застраховану особу), що одержані протягом надання медичних послуг, виконувати внутрішній розпорядок, встановлений медичним закладом.

8.3.2. Турбуватись про схоронність документів, що мають відношення до договору страхування і не передавати їх іншим особам з метою одержання ними медичних послуг.

8.3.3. Пройти попередній медичний огляд або заповнити "Декларацію про стан здоров'я" за встановленою Страховиком формою, якщо це передбачено умовами договору страхування, або за вимогою Страховика.

У разі заповнення Страхувальником (Застрахованою особою) "Декларації про стан здоров'я", вона є невід'ємною частиною договору страхування.

8.4. Страховик зобов'язаний:

8.4.1. Ознайомити Страхувальника з умовами та Правилами страхування.

8.4.2. Здійснити страхову виплату шляхом оплати вартості медичних послуг, наданих Застрахованій особі, у разі настання страхового випадку, у терміни, передбачені договором між Страховиком та медичним закладом або спеціалізованою службою.

8.4.3. У випадку, передбаченому в п. 7.2 цих Правил протягом 15 робочих днів після надання Страхувальником (Застрахованою особою) усіх необхідних документів, прийняти рішення про страхову виплату або відмову у виплаті. Здійснити страхову виплату або письмово повідомити про відмову у виплаті протягом 10 робочих днів з дня прийняття відповідного рішення.

8.4.4. Забезпечити конфіденційність* у відношеннях зі Страхувальником (Застрахованою особою), за винятком випадків, передбачених законодавством України.

8.4.5. Виконувати інші обов'язки, що можуть бути передбачені умовами договору страхування та/або чинним законодавством України.

8.5. Страховик має право:

8.5.1. Перевіряти інформацію, що подається Страхувальником (Застрахованою особою), а також виконання Страхувальником (Застрахованою особою) умов договору страхування.

8.5.2. Відмовити в оплаті вартості медичних послуг відповідно до пунктів 3.2 – 3.6, 4.2 та 7.2 цих Правил, а також у випадку передачі Страхувальником (Застрахованою особою) оригіналу договору страхування (полісу) третій особі для одержання нею медичних послуг за договором страхування.

8.5.3. Відкласти на строк до 90 днів вирішення питання про оплату вартості наданих медичних послуг або відмову від оплати у випадку виникнення сумнівів щодо факту та обставин настання страхового випадку, а у випадку порушення кримінальної справи у відношенні Страхувальника (Застрахованої особи) за фактом подій, що призвели до його травмування або іншого розладу здоров'я, до моменту прийняття відповідного рішення компетентними органами.

8.5.4. Достроково припинити дію договору страхування, повідомивши про це Страхувальника (Застраховану особу) не пізніше, як за 30 днів до передбачуваної дати припинення дії договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

8.5.5. Відмовити Страхувальнику в укладанні договору страхування.

8.5.6. На інші права, які можуть бути передбачені умовами договору страхування та/або чинним законодавством України.

9. ОСОБЛИВІ УМОВИ

9.1. Умови, що зазначені в цих Правилах, можуть бути змінені (виключені або доповнені) при укладанні Договору страхування або під час його дії, але до настання страхового випадку за умови, що такі зміни не суперечать чинному законодавству України.

10. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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



Пронумеровано і пронумеровано та скріплено печаткою 34 (тридцять чотири) аркуші

Голова Правління
Воронянська М.В.

Державна комісія з регулювання ринків фінансових послуг України
ЗАРЕЄСТРОВАНО

Майстерство пошти
Підпис *О. В. Мисюк* Прізвище, ініціали працівника

Дата *11.03.2010* Реєстраційний номер **0310204**