

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
Голова Правління
ЗАТ “Страхова компанія “КРЕДО-КЛАСИК”


_____ Ю.П. Єфімов
“ 20 ” _____ 2007 р.



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

м. Київ, 2007 р.

ЗМІСТ

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | ТЕРМІНОЛОГІЯ..... | 3 |
| 2. | ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ | 5 |
| 3. | ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ | 6 |
| 4. | СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВІ ВИПАДКИ..... | 6 |
| 5. | ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ | 6 |
| 6. | СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ..... | 7 |
| 7. | ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ СУМИ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ..... | 8 |
| 8. | ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ..... | 8 |
| 9. | ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН..... | 9 |
| 10. | ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ | 11 |
| 11. | ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ | 12 |
| 12. | ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ..... | 13 |
| 13. | СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ЗДІСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ | 15 |
| 14. | ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ | 15 |
| 15. | УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ..... | 16 |
| 16. | ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ..... | 17 |
| 17. | ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН..... | 17 |
| 18. | ОСОБЛИВІ УМОВИ | 17 |
| 19. | БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ | 18 |
| | ДОДАТОК 1. ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ..... | 20 |

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ

В цих Правилах добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Правила) вживаються такі терміни:

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхової виплати при настанні страхового випадку. Страхувальник за згодою Застрахованої особи може змінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не встановлено Договором страхування.

Договір страхування - письмова угода між Страховиком та Страхувальником, згідно з якою Страховик приймає на себе зобов'язання при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату в межах страхової суми, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені Договором страхування строки та виконувати інші умови Договору страхування.

В цих Правилах Договір страхування – це Договір добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби.

Застрахована особа - фізична особа, за згодою та на користь якої укладається Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника за Договором страхування.

Захворювання – факт виникнення Хвороби у Застрахованої особи.

Інвалідність, стійка непрацездатність – соціальна недостатність (дезадаптація), внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм, або з уродженими дефектами, що призводять до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

Інвалідність як міра втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України. Залежно від ступеня втрати здоров'я встановлюють три групи інвалідності.

МСЕК – Медико-соціальна експертна комісія.

Непрацездатність - соціально-фізіологічний стан людини, який визначається об'єктивною втратою чи зменшенням природних функцій організму, значним зменшенням обсягу чи припиненням трудової діяльності.

Зміст та вид Непрацездатності визначається законодавчо закріпленими обставинами, які зумовлюють її настання.

Період очікування (Каренція) – період, що починається з дати укладення Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу виникнення, загострення чи ускладнення Хвороби (у тому числі Професійної хвороби) та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

Особливості встановлення Періоду очікування (Каренції) визначаються цими Правилами та Договором страхування.

Правила - Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби ЗАТ „Страхова компанія „Кредо-Класик”.

Професійна непрацездатність – нездатність людини якісно виконувати різного роду роботу, що передбачена конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва у відповідності до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи та умов виробничого середовища.

Професійна хвороба (захворювання) – такі захворювання, які виникли внаслідок професійної діяльності Застрахованої особи та зумовлені виключно або переважно впливом шкідливих речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою.

Перелік професійних захворювань за поданням спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади затверджується Кабінетом Міністрів України.

Втрата Професійної працездатності - будь-яка стійка втрата Професійної працездатності, визначена МСЕК, або тимчасова втрата працездатності, визначена відповідним медичним закладом.

Страхова сума – грошова сума, у розмірі або в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести страхову виплату при настанні страхового випадку.

Страховий акт - документ, що складається Страховиком, що підтверджує факт настання страхового випадку і разом із заявою Страхувальника (Застрахованої особи) про здійснення страхової виплати є підставою для здійснення цієї виплати. Страховий акт складається на підставі документів про причини, обставини страхового випадку.

Страховий випадок – подія, передбачена Договором страхування, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі (Вигодонабувачу).

Страховий платіж (страхова премія, страховий внесок) – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно умов Договору страхування.

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

Страховий сертифікат, страхове свідоцтво, страховий поліс - документ, що посвідчує факт укладення Договору страхування і який є формою Договору страхування.

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

Страховик – Закрите акціонерне товариство “Страхова компанія ”Кредо-Класик” (скорочена назва - ЗАТ “СК ”Кредо-Класик”).

Страхувальник – юридична чи дієздатна фізична особа, яка уклала із Страховиком Договір страхування.

Тимчасова непрацездатність - неспроможність особи за станом здоров'я виконувати трудові обов'язки протягом короткого проміжку часу.

Тимчасова непрацездатність засвідчується листком непрацездатності, який видається у разі захворювання чи травми на весь період тимчасової непрацездатності, до її відновлення або до встановлення групи інвалідності медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), або іншими документами, передбаченими “Інструкцією про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян”, затвердженою Наказом Міністерства здоров'я України N 455 від 13.11.2001р.

Хвороба (нозологічна одиниця) – стан організму, що характеризується ураженням органів або тканин в результаті дії патогенних (фізичних, механічних, хімічних, біологічних, соціальних та ін.) факторів, розгортанням захисних реакцій, направлених на ліквідацію пошкоджень; звичайно супроводжується обмеженням пристосованості організму до умов оточуючого середовища і зниженням або втратою працездатності.

Нозологічна одиниця (від грецького νόσος – хвороба) – певна Хвороба, яку виділяють як самостійну на основі встановлених причин виникнення, характерного патологічного розвитку, типових клініко-анатомічними проявів, що відображають переважне враження тих чи інших органів та систем організму. Диференціація нозологічних одиниць (нозологічних форм), їх приналежність до певних груп Хвороб відображена у Міжнародній класифікації хвороб, травм та причин смерті (МКХ-10).

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Правила) розроблені згідно із Законом України “Про страхування”, іншими нормативно - правовими актами України.

2.2. На підставі цих Правил Страховик укладає Договори добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби (надалі – Договори страхування).

2.3. Суб'єктами добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби є: Страховик, Страхувальник, Застрахована особа.

2.3.1. Страхувальниками згідно з Правилами можуть бути юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми – резиденти та нерезиденти України, фізичні особи – підприємці, а також дієздатні фізичні особи – громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах.

2.3.1.1. Страхувальники - юридичні особи, фізичні особи - підприємці можуть укладати Договори страхування лише на користь фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи.

2.3.1.2. Страхувальник – дієздатна фізична особа може укласти Договір страхування як на свою користь, так і на користь іншої фізичної особи, зазначеної у Договорі страхування як Застрахована особа.

Якщо Страхувальник - фізична особа уклав Договір страхування на власну користь, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.3.1.3. Застрахована особа – фізична особа, на користь якої відповідно до цих Правил укладається Договір страхування та яка має право на отримання страхової виплати при настанні страхового випадку згідно з умовами Договору страхування.

2.4. При укладенні Договору страхування Страхувальник за письмовим погодженням із Застрахованою особою має право призначити фізичних або юридичних осіб (далі - Вигодонабувачів) для одержання страхової виплати, а також замінити їх до настання страхового випадку.

Якщо Вигодонабувач(чі) за Договором страхування не призначений(ні), страхову виплату при настанні страхового випадку, зазначеного в пункті 4.2.3. цих Правил, отримують спадкоємці Застрахованої особи згідно з чинним законодавством України.

2.5. Згідно з цими Правилами Застрахованими можуть бути особи від моменту народження і до моменту, коли їх вік на день закінчення строку дії Договору страхування не перевищує 65 років. Якщо вік Застрахованої особи перевищує 65 років, але не досягає 85 років, то вона може бути застрахована на спеціальних умовах, обумовлених у Договорі страхування.

2.6. Не можуть бути застрахованими особи:

2.6.1. віком понад 85 (вісімдесят п'ять) років;

2.6.2. інваліди I-ої групи;

2.6.3. особи, що знаходяться на обліку в психоневрологічному диспансері як психічно хворі;

2.6.4. фізичні особи, визнані судом недієздатними в порядку, визначеному статтею 39 Цивільного Кодексу України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

4. СТРАХОВИЙ РИЗИК. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком, на випадок настання якого здійснюється страхування згідно з цими Правилами, є Хвороба, загострення або ускладнення Хвороби, які можуть виникнути у Застрахованої особи упродовж строку та у місці дії Договору страхування, та на випадок настання якої був укладений Договір страхування.

За погодженням Страховика та Страхувальника у Договорі страхування поняття Хвороби може бути конкретизовано у змісті за перебігом, умовами лікування, ступенем ураження систем та органів організму тощо, зокрема: Гострі Хвороби, Хронічні хвороби, Хірургічні Хвороби, Хвороби, що потребують лікування в умовах стаціонару, Хвороби (критичні стани), що становлять пряму загрозу життю Застрахованої особи, Професійні хвороби та ін.

Згідно з цими Правилами Договір страхування може бути укладено на випадок виникнення, загострення або ускладнення у Застрахованої особи конкретної Хвороби (нозологічної одиниці), певної групи (класу) Хвороб (нозологічних одиниць), будь-якої Хвороби згідно з умовами Договору страхування..

4.2. Відповідно до цих Правил страховими випадками визнаються наслідки Хвороби (у тому числі Професійної Хвороби), яка виникла або загострення чи ускладнення якої сталося у Застрахованої особи упродовж строку та у місці дії Договору страхування та яка передбачена умовами Договору страхування та підтверджена документами компетентних органів (медичних закладів та ін.) відповідно до законодавства України, а саме:

4.2.1. тимчасова непрацездатність (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

4.2.2. стійка непрацездатність (інвалідність I-ої, II-ої, III-ої груп) Застрахованої особи внаслідок Хвороби;

4.2.3. смерть Застрахованої особи внаслідок Хвороби.

4.3. Зазначені в підпунктах 4.2.2 та 4.2.3 пункту 4.2 Правил наслідки Хвороби визнаються страховими випадками, якщо вони наступили упродовж 12 (дванадцяти) місяців з дати діагностування Хвороби у Застрахованої особи та якщо інше не передбачене у Договорі страхування.

Датою настання страхового випадку вважається дата встановлення медичним спеціалістом відповідної кваліфікації заключного діагнозу, який ґрунтується на результатах проведеного медичного обстеження Застрахованої особи, її лікування (хірургічного втручання), реабілітаційного періоду, але не раніше дати закінчення Періоду очікування, якщо період очікування обумовлений Договором страхування, та якщо інше не зазначено в Договорі страхування.

4.4. Конкретний перелік страхових випадків узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладенні Договору страхування та зазначається в ньому.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ ТА ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Страховими випадками не визнаються наслідки Хвороб, на які Застрахована особа захворіла в результаті або під час:

5.1.1. керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, передачі Застрахованою особою управління особі, яка знаходиться у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння або не має права керувати даним транспортним засобом;

5.1.2. вживання алкоголю, наркотичних, токсичних речовин, прекурсорів, а також отруєння сурогатами алкоголю (крім випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Страхувальника (Застрахованої особи) третіми особами), перебування на момент захворювання у стані алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння;

5.1.3. вживання медикаментів, що приймаються не за призначенням лікаря;

5.1.4. самолікування або лікування особою, яка не має відповідної медичної освіти та/або кваліфікації;

5.1.5. наражання себе невиправданому ризику;

5.1.6. самогубства (спроб самогубства) Застрахованої особи, за винятком випадків, коли Застраховану особу було доведено до такого стану протиправними діями третіх осіб;

5.1.7. умисного заподіяння Застрахованою особою собі тілесних пошкоджень;

5.1.8. перебування Застрахованої особи у тюремному ув'язненні.

5.2. Страхувальником визнається, якщо в Договорі страхування не обумовлено інше:

5.2.1. будь-яка хвороба Застрахованої особи або її наслідки, що виникла поза строком та/або місцем дії Договору страхування;

5.2.2. повторне звернення Страхувальника (Застрахованої особи) до Страховика за страховою виплатою з приводу однієї і тієї ж Хвороби, що виникла у строк дії Договору страхування;

5.2.3. будь-які наслідки алкогольного, токсичного, наркотичного сп'яніння.

5.3. Страхувальником визнається, якщо інше не передбачено Договором страхування, будь-яка хвороба Страхувальника (Застрахованої особи), що виникла під час або внаслідок:

5.3.1. служби Застрахованої особи в будь-яких військових силах чи формуваннях, в правоохоронних структурах, пожежній охороні, в охороні комерційних структур;

5.3.2. ядерного вибуху, впливу радіації будь-якого походження; раптового погіршення екологічної ситуації з причини радіаційного, хімічного та бактеріологічного забруднення навколишнього середовища;

5.3.3. участі Застрахованої особи у війні (оголошеній або неоголошеній), військових діях, повстаннях, заколотах, бунтах, революціях, страйках, порушеннях громадського порядку, у будь-якому терористичному акті, військовому перевороті або у спробі узурпації влади, при вчиненні заколоту;

5.3.4. стихійних лих.

5.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення із страхових випадків та обмеження страхування, що не суперечать цим Правилам і закону.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

6.1. Договір страхування укладається на погоджений Страхувальником і Страховиком строк.

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

6.3. Дія Договору страхування закінчується о 24-й годині дати, зазначеної у Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування, якщо інші обставини, передбачені розділом 15 Правил, не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування.

6.4. Для окремих страхових випадків (певної Хвороби (нозологічної одиниці), певної групи (класу) Хвороб (нозологічних одиниць) та ін.) у Договорі страхування може бути встановлений Період очікування (Каренції).

Тривалість Періоду очікування (Каренції) обумовлюється Договором страхування.

Упродовж Періоду очікування (Каренції) при зверненні Страхувальника (Застрахованої особи) з приводу виникнення, загострення або ускладнення відповідної Хвороби страхова виплата не здійснюється.

6.5. Період Каренції, обумовлений в Договорі страхування, може бути відмінено за умови сплати Страхувальником додаткового страхового платежу, про що укладається Додаткова угода до діючого Договору страхування.

6.6. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ СТРАХОВОЇ СУМИ. СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

7.1. Розмір страхової суми визначається за згодою Страхувальника і Страховика під час укладення Договору страхування або внесення змін до Договору страхування.

7.2. Страхова сума може бути встановлена по окремому страховому випадку, групі страхових випадків, Договору страхування в цілому.

7.3. При одночасному колективному страхуванні страхова сума зазначається окремо на кожну Застраховану особу, зазначену в Договорі страхування.

7.4. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

Базові страхові тарифи по страхуванню здоров'я на випадок хвороби зазначені у розділі 19 цих Правил.

7.5. Конкретний розмір страхового тарифу за Договором страхування обчислюється на підставі базових страхових тарифів по страхуванню здоров'я на випадок хвороби з урахуванням строку дії Договору страхування та факторів, що впливають на ступінь ризику (вік, стать Застрахованої особи, наявність вроджених, хронічних хвороб, вад розвитку, професія тощо), результатів індивідуального андеррайтингу та інших обставин, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.

Обчислений таким чином при укладенні Договору страхування страховий тариф зазначається у Договорі страхування.

7.6. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми, встановленої у Договорі страхування, на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з пунктом 7.5. Правил, та зазначається у Договорі страхування.

7.7. При одночасному колективному страхуванні страховий тариф, страховий платіж розраховується окремо на кожну Застраховану особу та зазначається у Договорі страхування.

7.8. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладенні Договору страхування, якщо інше не зазначене в Договорі страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

7.9. Договором страхування може бути передбачена сплата Страхувальником страхового платежу декількома частинами. При цьому строки сплати першої і кожної наступної частини страхового платежу встановлюються в Договорі страхування.

7.10. Страховий платіж сплачується Страхувальником згідно статті 19 Закону України „Про страхування”: Страхувальник – резидент згідно з укладеним Договором страхування має право вносити страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальник - нерезидент - іноземною вільно конвертованою валютою або у грошовій одиниці України (гривні) у випадках, передбачених чинним законодавством України.

7.11. Страхувальник може сплатити страховий платіж за Договором страхування шляхом безготівкового переказу на поточний рахунок або готівкою в касу Страховика.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування укладається на підставі усної або письмової Заяви Страхувальника про намір укласти Договір страхування за формою, встановленою Страховиком.

У Заяві Страхувальника про намір укласти Договір страхування Страхувальник на запит Страховика зобов'язаний дати відповіді на всі поставлені запитання, що мають відношення до визначення ступеню страхового ризику щодо предмета Договору страхування, повідомити Страховику всі відомі йому обставини, що мають суттєве значення

для визначення ймовірності настання страхового випадку - зокрема, повідомити прізвище, адресу проживання, місце і строк страхування, професію, відомості про стан здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування тощо.

Суттєвими визнаються обставини, детально описані Страховиком у типовому Договорі страхування (страховому полісі, страховому сертифікаті, страховому свідоцтві), Заяві про намір укласти Договір страхування чи у письмовому запиті Страховика.

8.2. Договір страхування може бути укладений на користь однієї особи або одночасно на користь декількох осіб.

У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із письмовою Заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання, завіреним підписом уповноваженої особи і оригінальною печаткою Страхувальника.

8.3. При укладенні Договору страхування на користь третіх осіб Страхувальник надає Страховику документальне підтвердження письмової згоди таких осіб на страхування.

Якщо Договір страхування укладається на користь недієздатних або частково дієздатних осіб, Страховику надається письмова згода батьків, опікунів або піклувальників.

8.4. При укладенні Договору страхування для визначення ступеню страхового ризику Страховик залишає за собою право вимагати від Страхувальника додаткові відомості про предмет Договору страхування, у тому числі інформацію та/або документи медичних закладів, компетентних (у тому числі правоохоронних) органів.

8.5. У разі необхідності при укладенні Договору страхування Страховик може здійснювати додаткове анкетування та/або призначати медичне обстеження особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування.

При цьому Страховик залишає за собою право на отримання від Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, будь-якої додаткової інформації про стан здоров'я такої особи.

У разі відмови Страхувальника або особи, на користь якої укладається Договір страхування, відповісти на запитання анкети або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика, Страховик може відмовити Страхувальнику в укладенні Договору страхування.

8.6. На підставі відомостей, повідомлених Страхувальником у Заяві про намір укласти Договір страхування, а при необхідності – за результатами додаткового анкетування, медичного обстеження особи, на користь якої укладається Договір страхування, а також отриманої додаткової інформації від медичних закладів, компетентних органів, Страховик приймає рішення про укладення або про відмову в укладенні Договору страхування.

8.7. Договір страхування укладається у письмовій формі.

8.8. Факт укладення Договору страхування може посвідчуватись страховим полісом, страховим свідоцтвом, страховим сертифікатом, що є формою Договору страхування.

8.9. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

9. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

9.1. Страховик зобов'язаний:

9.1.1. ознайомити Страхувальника з умовами страхування та цими Правилами;

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

9.1.3. при настанні страхового випадку здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування;

9.1.4. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або у разі побажання Страхувальника збільшити страхову суму, переукласти з ним Договір страхування;

9.1.5. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення розміру заподіяної шкоди життю або здоров'ю Страхувальника (Застрахованої особи), якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.1.6. тримати в таємниці відомості про стан здоров'я Страхувальника (Застрахованої особи) і його майновий стан, що стали йому відомими у зв'язку з укладенням Договору страхування, за винятком випадків, передбачених законом;

9.1.7. у разі відмови у страховій виплаті чи у разі відстрочення страхової виплати повідомити про це Страхувальника у передбачений Договором страхування строк із зазначенням причин відмови чи відстрочки.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страховика, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.2. Страховик має право:

9.2.1. при укладенні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, яка необхідна для оцінки ступеню страхового ризику;

9.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладенні Договору страхування; отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про предмет Договору страхування, у разі необхідності вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти за власний кошт медичний огляд у вказаних Страховиком медичних закладах;

9.2.3. самостійно з'ясувати причини і обставини страхового випадку, направляти запити у медичні заклади, компетентні (у тому числі правоохоронні) органи з метою отримання відповідних висновків та/або документів, здійснити за власний рахунок незалежну експертизу страхового випадку;

9.2.4. у разі збільшення ступеню страхового ризику вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування і сплати додаткового страхового платежу;

9.2.5. відстрочити прийняття рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати у разі виникнення сумнівів щодо причин і обставин страхового випадку;

9.2.6. відмовити у страховій виплаті або частини страхової виплати згідно з розділом 14 Правил та умовами Договору страхування;

9.2.7. вносити зміни у Договір страхування згідно з пунктом 18.1. Правил та умовами Договору страхування;

9.2.8. ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування згідно з розділом 15 Правил та умовами Договору страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.3.2. при укладенні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику (зокрема, зміну професії, місця роботи, стану здоров'я Застрахованої особи, при колективному страхуванні - про захворюваність співробітників, зміну умов праці, що підвищують ризик захворюваності тощо).

9.3.3. повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо цього предмета Договору страхування;

9.3.4. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.4. Страхувальник має право:

9.4.1. одержати будь-які роз'яснення за укладеним Договором страхування і цими Правилами;

9.4.2. при укладенні Договору страхування призначати за згодою Застрахованої особи громадян або юридичних осіб (Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат, а також замінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування;

9.4.3. у разі настання страхового випадку одержати страхову виплату згідно з умовами Договору страхування;

9.4.4. ініціювати внесення змін у Договір страхування згідно з пунктом 18.1. Правил та умовами Договору страхування;

9.4.5. ініціювати дострокове припинення Договору страхування згідно з розділом 15 Правил та умовами Договору страхування;

9.4.6. оскаржити в порядку, передбаченому законом, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком при настанні страхового випадку;

9.4.7. отримати дублікат Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) в разі його втрати.

9.4.8. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші права Страхувальника (Застрахованої особи), що не суперечать цим Правилам і закону.

9.5. Застрахована особа має право:

9.5.1. на одержання страхової виплати згідно з умовами Договору страхування;

9.5.2. на одержання дублікату Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) у разі його втрати.

9.5.3. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Застрахованої особи, що не суперечать цим Правилам і закону.

9.6. Застрахована особа зобов'язана:

9.6.1. у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи надавати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду, якщо це передбачено Договором страхування;

9.6.2. повідомити Страховика про настання страхового випадку в строк, передбачений умовами страхування, якщо це передбачено Договором страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Застрахованої особи, що не суперечать цим Правилам і закону.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

10.1. При настанні події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа) негайно, не пізніше 3 (трьох) діб повинен (повинна) звернутися до Страховика за адресою або телефонами, зазначеними у Договорі страхування (страховому полісі, страховому сертифікаті, страховому свідоцтві), та повідомити про обставини і наслідки Хвороби, на яку він (вона) захворів(ла) або яка була діагностовано у нього (неї), якщо інше не обумовлено у Договорі страхування.

Страхувальник (Застрахована особа) також зобов'язаний(на):

а) надати Страховику документи про причини, обставини та наслідки виявлення Хвороби;

б) у разі виникнення у Страховика сумнівів щодо стану здоров'я Застрахованої особи надати лікарю-експерту Страховика можливість проведення додаткового медичного огляду.

10.2. Упродовж строку дії Договору страхування Страхувальник, Застрахована особа повідомляє Страховика про будь-які зміни в обставинах, що можуть призвести до збільшення ступеню страхового ризику. До таких обставин відносяться, зокрема, випадки встановлення Застрахованій особі групи інвалідності, психічних або нервових хвороб, хронічних хвороб, зміну професії, умов праці Застрахованої особи, що пов'язана із підвищеною захворюваністю тощо.

10.3. Страховик залишає за собою право вимагати внесення змін в умови Договору страхування, сплати Страхувальником суми додаткового страхового платежу у випадку збільшення ступеню страхового ризику з будь-якої причини, що є суттєвою для ступеню страхового ризику з погляду Страховика.

Договір страхування на нових (змінених) умовах починає діяти з моменту укладення додаткової угоди до діючого Договору страхування. До моменту укладення додаткової угоди про внесення змін в умови Договору страхування Договір страхування діє на попередньо визначених умовах.

10.4. Якщо Страхувальник заперечує проти внесення змін в Договір страхування у випадку, зазначеному у пункті 10.3. Правил, Страховик залишає за собою право припинити Договір страхування згідно з розділом 15 Правил.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. При настанні події, яка має ознаки страхового випадку Страховику повинні бути надані такі документи:

11.1.1. письмова заява Страхувальника (Застрахованої особи) про страхову виплату встановленої Страховиком форми;

- примірник Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва);

- документ, що посвідчує Страхувальника (Застраховану особу, Вигодонабувача) - фізичну особу (паспорт, копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номера), або документи, що посвідчують Страхувальника (Вигодонабувача) – юридичну особу;

- документи, що посвідчують особу - одержувача страхової виплати: паспорт, копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номера фізичній особі або документи, що посвідчують юридичну особу; у випадку отримання страхової виплати довіреною особою Страхувальника (Застрахованої особи) - доручення, видане Страхувальником (Застрахованою особою) довірєній особі;

- документ медичного закладу (копія або виписка з картки амбулаторного або стаціонарного хворого), що підтверджує встановлення діагнозу Хвороби, передбаченої Договором страхування, підписаний відповідальною особою та завірений печаткою медичного закладу, що проводив діагностування;

11.1.2. додатково до документів, зазначених у підпункті 11.1.1. Правил, за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.1. Правил (тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби):

- лист тимчасової непрацездатності (відповідна довідка медичного закладу встановленої форми у випадках, передбачених законом);

11.1.3. додатково до документів, зазначених у підпункті 11.1.1. Правил, за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.2. Правил (стійка непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби):

- довідка МСЕК про встановлення групи інвалідності;

- виписка з амбулаторної або стаціонарної карти хворого медичного закладу, що направив Застраховану особу на МСЕК у зв'язку із Хворобою, передбаченою Договором страхування;

11.1.4. додатково до документів, зазначених у підпункті 11.1.1. Правил, за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.3. Правил (смерть Застрахованої особи внаслідок Хвороби):

- оригінал або нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

- документ медичного закладу, який підтверджує, що смерть Застрахованої особи сталася внаслідок Хвороби;

- якщо одержувачем страхової виплати є спадкоємець Застрахованої особи - свідоцтво про право на спадщину спадкоємця Застрахованої особи;

11.1.5. при настанні страхових випадків, зазначених у підпунктах 4.2.1. – 4.2.3. Правил внаслідок виникнення, загострення або ускладнення Професійних хвороб додатково до документів, зазначених у підпунктах 11.1.1. – 11.1.4. Правил, документами, що підтверджують настання страхового випадку, є

- висновок медичного закладу щодо зв'язку погіршення стану здоров'я Застрахованої особи з впливом на нього небезпечних чи шкідливих виробничих факторів або щодо протипоказання за станом здоров'я Застрахованої особи виконувати зазначену роботу за місцем її лікування, що видається на запит роботодавця та/або голови комісії.

- примірник карти форми П-5, акта форми Н-5, Н-1 (у випадку гострого професійного захворювання (отруєння));

- висновки комісії спеціального розслідування, матеріали спеціального розслідування у випадках, передбачених законом);

- повідомлення спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу (згідно з переліком, що затверджується Міністерством охорони здоров'я) за формою П-3 про виявлення професійного захворювання Застрахованої особи;

- акт розслідування хронічного професійного захворювання роботодавцем за формою П-4;

- інші документи на запит Страховика.

11.1.6. додатково до документів, зазначених у підпунктах 11.1.1. - 11.1.5. Правил, у разі здійснення страхової виплати шляхом оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг документами, що підтверджують настання страхового випадку, є документи (рахунки, фіскальні чеки, квитанції, акти виконаних робіт) про оплату наданих Застрахованій особі платних медичних послуг при лікуванні Хвороби, що передбачена Договором страхування, а саме:

- оригінали або завірені належним чином копії медичної документації (консультативні висновки, копії або витяги з амбулаторної картки чи історії хвороби із зазначенням імені і прізвища Застрахованої особи, дати її звернення до медичного закладу, діагнозу, переліку та наданої медичної допомоги, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо);

- рецепти на призначені лікарські засоби, виписані на стандартних рецептурних бланках із зазначенням назви, кількості лікарського засобу, дати виписки рецепту, прізвища Застрахованої особи з печаткою, прізвищем лікаря, який виписав рецепт, з відміткою аптеки про їх відпуск Застрахованій особі;

- оригінали рахунків-фактур медичного закладу за надану Застрахованій особі медичну допомогу, звіти, акти виконаних робіт.

11.2. Страховик залишає за собою право у спірних випадках вимагати додаткові документи про причини та обставини настання страхового випадку, а також проведення додаткового медичного обстеження Застрахованої особи у визначених ним медичних закладах.

11.3. Конкретний перелік документів, що підтверджують причини та обставини настання страхового випадку, зазначається у Договорі страхування.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. При настанні страхового випадку страхові виплати здійснюються Страховиком у наступних розмірах:

12.1.1. за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.3. Правил (смерть Застрахованої особи внаслідок Хвороби) Страховик здійснює страхову виплату у розмірі 100% страхової суми, встановленої у Договорі страхування;

12.1.2. за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.2. Правил (стійка непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби) залежно від встановленого ступеню стійкої непрацездатності Застрахованої особи Страховик здійснює страхову виплату у наступних розмірах:

- при встановленні I-ої групи інвалідності – 100% страхової суми;

- при встановленні II-ої групи інвалідності – 80% страхової суми;
- при встановленні III-ої групи інвалідності – 60% страхової суми.

Договором страхування можуть бути передбачені інші розміри страхової виплати залежно від встановленого ступеню стійкої непрацездатності Застрахованої особи внаслідок Хвороби.

12.1.3. за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.1. Правил (тимчасова непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби), розмір страхових виплат встановлюється згідно одному із варіантів виплат, вибраних Страхувальником при укладенні Договору страхування.

Варіант 1. Страхова виплата по тимчасовій непрацездатності здійснюється Застрахованій особі у розмірі 0,1 – 1,0 % страхової суми (залежно від умов Договору страхування) за кожен день тимчасової непрацездатності, але не більше ніж 50% страхової суми по кожному страховому випадку, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

Договором страхування може бути обмежена кількість днів тимчасової непрацездатності (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи, за які Страховик здійснює страхові виплати.

Варіант 2. Одноразова страхова виплата по тимчасовій непрацездатності здійснюється Застрахованій особі за “Таблицею розмірів страхових виплат” (Додаток 1 до Правил).

Варіант 3. Одноразова страхова виплата по тимчасовій непрацездатності здійснюється Застрахованій особі у межах страхової суми при встановленні діагнозу обумовленої у Договорі страхування Хвороби.

12.1.4. Одноразова страхова виплата згідно з умовами Договору страхування може бути розрахована іншим чином, зазначеним у Договорі страхування (відсоток від заробітної плати та інш.)

12.2. Умовами Договору страхування може бути передбачена виплата страхової суми (її частини) шляхом оплати наданих Застрахованій особі медичних послуг в межах страхової суми, належної до виплати з приводу Хвороби, визначеної Договором страхування. При цьому Страховик згідно з умовами Договору страхування може організувати цілеспрямоване лікування Застрахованої особи у медичних закладах з метою відновлення її здоров'я;

12.3. У будь-якому випадку сума всіх страхових виплат, здійснених Страховиком за Договором страхування, не може перевищувати страхову суму, встановлену Договором страхування.

12.4. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором страхування на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача чи спадкоємця Застрахованої особи у випадку її смерті) та Страхового акту, складеного після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

12.5. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку згідно з умовами Договору страхування, укладеного на підставі цих Правил, можуть бути Страхувальник, Застрахована особа, Вигодонабувач або спадкоємець Застрахованої особи (за страховим випадком, зазначеним у пункті 4.2.3. Правил).

12.6. Страхова виплата може бути здійснена також представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку.

Якщо Застрахованою є неповнолітня особа, одержувачами страхової виплати згідно з умовами Договору страхування є її законні представники або Вигодонабувачі (якщо вони призначені).

12.7. Страхова виплата здійснюється одержувачу Страховиком упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття рішення про здійснення страхової виплати (оформлення Страхового акту) шляхом, зазначеним її одержувачем у заяві про страхову виплату, - на банківський рахунок або поштовим переказом на адресу Страхувальника (Застрахованої особи, Вигодонабувача, довіреної особи, спадкоємця Застрахованої особи), готівкою через касу Страховика тощо.

12.8. Днем здійснення страхової виплати вважається дата списання коштів з поточного рахунку Страховика або дата видачі готівкових коштів через касу Страховика. Здійснення страхової виплати підтверджується платіжним дорученням або видатковим касовим ордером.

12.9. Страхова виплата здійснюється Страховиком в національній грошовій одиниці України (гривні). Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасно здійснену страхову виплату шляхом сплати пені, розмір якої зазначається в Договорі страхування.

Якщо дія Договору страхування поширюється на іноземну територію, відповідно до укладених Страховиком угод з іноземними партнерами, то порядок валютних розрахунків регулюється відповідно до вимог законодавства України про валютне регулювання.

12.10. Страхова сума, зазначена в Договорі страхування, після здійснення страхової виплати автоматично зменшується на розмір такої виплати.

12.11. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце упродовж строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми, встановленої в Договорі страхування стосовно Застрахованої особи.

13. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ АБО ВІДМОВУ У ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

13.1. Рішення про здійснення страхової виплати або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 30 (тридцяти) робочих днів після отримання всіх документів, зазначених у розділі 11 Правил, якщо інше не передбачено в Договорі страхування.

У разі прийняття рішення про здійснення страхової виплати Страховик на підставі наданих Страхувальником документів складає Страховий акт.

13.2. Якщо неможливо визначити / встановити обставини, причини страхового випадку і розмір страхової виплати на підставі отриманих від Страхувальника документів, Страховик продовжує строк прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати до моменту остаточного з'ясування обставин і причин страхового випадку і розміру страхової виплати (отримання додаткових документів і відповідних висновків компетентних установ, висновків незалежної експертизи тощо), але не більше ніж на 90 (дев'яносто) робочих днів, якщо інше не передбачено у Договорі страхування.

13.3. Якщо правоохоронними органами відкрита кримінальна справа проти Страхувальника (Застрахованої особи) і ведеться розслідування Страховик має право подовжити строк прийняття рішення до завершення розслідування і прийняття рішення по справі.

13.4. Якщо рішення суду стосовно Страхувальника (Застрахованої особи) нижчих інстанцій переглядається судом вищої інстанції Страховик має право подовжити строк прийняття рішення до прийняття остаточного судового рішення.

13.5. Про продовження строку прийняття рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати Страховик повідомляє особу, що подала заяву про страхову виплату, письмово з обґрунтуванням причин такого продовження протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх документів, зазначених у розділі 11 Правил, якщо інше не передбачено в Договорі страхування.

13.6. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхової виплати повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав для повної або часткової відмови у страховій виплаті упродовж 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття відповідного рішення, якщо інше не обумовлено в Договорі страхування.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Причинами відмови у страховій виплаті є:

14.1.1. навмисні дії Страхувальника, Застрахованої особи, якщо вони були спрямовані на настання страхового випадку, крім дій, пов'язаних із виконанням ним (нею) громадянського чи службового обов'язку, вчинених у стані необхідної оборони (без перевищення її меж), або щодо захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

14.1.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою, Застрахованою особою умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

14.1.3. подання Страхувальником, Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, Застрахованою особою без поважних на це причин про настання страхового випадку або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин і вартості наданої медичної допомоги;

14.1.5. інші випадки, передбачені законом.

14.2. Договором страхування можуть бути передбачені також інші підстави для відмови здійснити страхову виплату, якщо це не суперечить закону.

14.3. Відмова Страховика у страховій виплаті може бути оскаржена одержувачем виплати в суді.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Дія Договору припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у випадках:

15.1.1. закінчення строку його дії;

15.1.2. виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі;

15.1.3. 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 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування;

15.1.4. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.5. ліквідації Страхувальника – юридичної особи або смерті Страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23, 24 Закону України “Про страхування”;

15.1.6. набуття законної сили судовим рішенням про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

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

Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу сторону не пізніше, як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

15.3. У разі дострокового припинення дії Договору страхування за вимогою Страхувальника Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до дати закінчення строку дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням умов Договору страхування Страховиком, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

15.4. При достроковому припиненні дії Договору страхування за вимогою Страховика Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога

Страховика обумовлена порушенням умов Договору страхування Страхувальником, то Страховик повертає Страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за Договором страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Усі спори за Договором страхування розв'язуються шляхом переговорів.

16.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку, передбаченому законодавством України.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.1. За невиконання або неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування сторони несуть відповідальність відповідно до закону.

17.2. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку Страховик сплачує Страхувальнику (Застрахованій особі, Вигодонабувачу, довірєній особі або спадкоємцям Застрахованої особи) пеню, у розмірі, передбаченому Договором страхування.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. За згодою Страховика і Страхувальника, до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення та зміни, що не суперечать закону та цим Правилам, виходячи з конкретних умов страхування.

Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються письмово у вигляді додаткових угод до Договору страхування, які є його невід'ємною частиною.

18.2. Всі повідомлення та відомості, що направляються сторонами Договору страхування одна одній, здійснюються у письмовій формі і вважаються наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, або надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, а також надані / повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою тощо з наступним направленням повідомлення або документів рекомендованим листом або з доставкою такого повторного повідомлення чи документів посильним.

19. БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

19.1. Базові страхові тарифи встановлені у відсотках від страхової суми.

Таблиця №1

| № п/п | Страхові випадки: | Базовий річний страховий тариф, % страхової суми: |
|-------|---|--|
| 1. | Смерть Застрахованої особи внаслідок Хвороби. | 1,0 |
| 2. | Стійка непрацездатність Застрахованої особи внаслідок Хвороби, а саме: | |
| 2.1. | інвалідність I-ої групи; | 0,3 |
| 2.2. | інвалідність II-ої групи; | 0,5 |
| 2.3. | інвалідність III-ої групи. | 0,7 |
| 3. | Тимчасова непрацездатність (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи внаслідок Хвороби, Варіант 1*. | 3,3 |
| 4. | Тимчасова непрацездатність (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи внаслідок Хвороби, Варіант 2, а саме: | |
| 4.1. | амбулаторне лікування; | 1,5 |
| 4.2. | хірургічне лікування в амбулаторних умовах; | 0,3 |
| 4.3. | стаціонар на дому; | 0,1 |
| 4.4. | лікування у денному стаціонарі; | 0,1 |
| 4.5. | лікування в умовах стаціонару; | 0,5 |
| 4.6. | хірургічне втручання; | 0,3 |
| 4.7. | ускладнення хвороби. | 0,2 |
| 5. | Тимчасова непрацездатність (перебування на амбулаторному або стаціонарному лікуванні) Застрахованої особи внаслідок Хвороби, Варіант 3. | Від 0,1% до 2,0% в залежності від зазначеної в Договорі страхування Хвороби (Хвороб) |

*базовий страховий тариф визначено із урахуванням того, що при настанні страхового випадку страхова виплата здійснюється Застрахованій особі у розмірі 0,2 % страхової суми за кожен день тимчасової непрацездатності. При зміні розміру виплати страховий тариф перераховується відповідно до умов Договору страхування.

19.2. Коефіцієнти короткостроковості:

Страховий тариф за Договором страхування, укладеним на строк до 1 (одного) року, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування, розраховується за формулою:

$$T = PT * K, \text{ де}$$

T – страховий тариф за Договором страхування,

PT – базовий страховий тариф (з Таблиці №1);

K – коефіцієнт короткостроковості, що обирається за Таблицею №3 залежно від строку дії Договору страхування.

При цьому неповний місяць приймається за повний, окрім випадку страхування на строк 15 або менше діб. При страхуванні на строк 15 і менше діб, кількість днів округлюється до ½ календарного місяця.

Таблиця №2

| Строк страхування, місяців | 0,5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| К | 0,25 | 0,30 | 0,40 | 0,50 | 0,60 | 0,65 | 0,70 | 0,75 | 0,80 | 0,85 | 0,90 | 0,95 | 1,0 |

В залежності від умов конкретного Договору страхування; віку, статі, професії, кількості Застрахованих осіб; наявності вроджених, хронічних хвороб, вад розвитку або інших чинників, що впливають на ступінь страхового ризику до базових річних страхових тарифів можуть бути застосовані понижуючі або підвищуючі коефіцієнти від 0,1 до 7,0.

Норматив витрат на ведення справи не перевищує 40%.

Актуарій



Бушанський М.А.

ТАБЛИЦЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ
залежно від виду медичної допомоги при настанні страхового випадку.

| Стаття | ВИД МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ | Розмір страхової виплати, % страхової суми |
|-----------|--|---|
| 1 | АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ: | |
| | а) строком до 7 діб | 1 |
| | б) строком від 8 до 14 діб | +3 |
| | в) строком від 15 до 30 діб | +5 |
| | г) строком понад 30 діб | +7 |
| 2 | ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ: | +5 до розміру страхової виплати за строк амбулаторного лікування |
| 3 | СТАЦІОНАР НА ДОМУ: | 7 |
| 4 | ЛІКУВАННЯ У ДЕННОМУ СТАЦІОНАРІ: | |
| | а) строком до 7 діб | 8 |
| | б) строком від 8 до 14 діб | +2 |
| | в) строком від 15 діб | +3 |
| 5 | ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ: | |
| | а) строком до 7 діб | 10 |
| | б) строком від 8 до 14 діб | +5 |
| | в) строком від 15 до 30 діб | +7 |
| | г) строком понад 30 діб | +8 |
| 6. | ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ: | + 15 до розміру страхової виплати за строк стаціонарного лікування |
| 7 | УСКЛАДНЕННЯ ХВОРОБИ: | +10 до розміру страхової виплати за строк амбулаторного або стаціонарного лікування |

Примітка:

Сума страхової виплати розраховується наступним чином: при мінімальному терміні лікування до 7 діб Страховик здійснює страхову виплату у розмірі відсотка страхової суми зазначеної в Таблиці. За кожний наступний строк лікування Страховик сплачує додатково відсоток страхової суми, що зазначена у Таблиці.

Сума всіх страхових виплат при настанні страхового випадку у будь-якому разі не повинна перевищувати 50% страхової суми, зазначеної в Договорі страхування.

