

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
Голова Правління
ПАТ “Страхова компанія «Місто»

_____ О.О.Поплавський

“08” травня 2012 р.

**Зміни до правил добровільного медичного страхування
(безперервного страхування здоров'я) шляхом їх викладення в новій редакції**

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНОГО СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я).**

(нова редакція)

м. Вінниця, 2012 р.

ЗМІСТ:

1.	ТЕРМІНОЛОГІЯ	3
2.	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	5
3.	ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	6
4.	СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ	6
5.	ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	7
6.	СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	8
7.	ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ (ФРАНШИЗА). СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ	9
8.	ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	10
9.	ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН	11
10.	ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ	13
11.	ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНИЙ ОСОБІ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	14
12.	ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	15
13.	СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ У ЗДІСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ	16
14.	ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ	16
15.	УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	17
16.	ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	18
17.	ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН	18
18.	ОСОБЛИВІ УМОВИ	18
ДОДАТОК 1. БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ		20
ДОДАТОК 2. БАЗОВІ РІЧНІ СТРАХОВІ ТАРИФИ		37

1. ТЕРМІНОЛОГІЯ

Кожен термін, що визначається у цьому розділі Правил добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я). Нова редакція Страхова компанія «Місто» (надалі – Правила), має і надалі так трактуватися кожен раз, коли він згадується у тексті цих Правил.

Амбулаторна медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі у Медичному закладі у разі її самостійного відвідування Медичного закладу, а також медична допомога, яку Застрахована особа отримує поза межами Медичного закладу із залученням Медичного персоналу, що періодично відвідує Застраховану особу.

Вигодонабувач - фізична або юридична особа, призначена Страхувальником за згодою Застрахованої особи при укладенні Договору страхування для одержання страхових виплат при настанні страхового випадку. Страхувальник має право за згодою Застрахованої особи замінювати Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

Власна участь Страхувальника у страховій виплаті (франшиза) – встановлена Договором страхування частина (відсоток) страхової суми, яку при настанні страхового випадку сплачує Страхувальник (Застрахована особа) самостійно та яка вираховується Страховиком при визначенні розміру страхової виплати.

Госпіталізація, Стаціонар - розміщення Застрахованої особи в якості пацієнта в установу, що має відповідну ліцензію на медичну практику або що є лікувально-профілактичною установою, з метою надання їй стаціонарної медичної допомоги (у тому числі у відділенні денного стаціонару).

Договір страхування - це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання Страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору.

В цих Правилах Договір страхування – це Договір добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) ПАТ «Страхова компанія «Місто».

Застрахована особа - фізична особа, про страхування якої за її згодою укладається Договір страхування і яка може набувати прав та обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Каренція – період, що починається з дати укладання Договору страхування і триває протягом часу, обумовленого Договором страхування, упродовж якого Страховик не приймає до розгляду звернення Застрахованої особи з приводу надання медичної допомоги та не здійснює страхову виплату по страховим випадкам, що відбулись у цей період.

Особливості встановлення Каренції визначаються цими Правилами та /або Договором страхування.

Лікарські засоби, Медикаменти - фармацевтичні препарати, витратні медичні матеріали, предмети санітарії та гігієни, призначені лікарем для надання медичної допомоги, використання яких дозволено відповідно до законодавства.

Ліміт страхової суми - обмеження страхової суми за окремими страховими випадками, видами медичної допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування, та/або за окремими нозологіями, що встановлюється у Договорі страхування.

Медична (лікувально-профілактична) допомога - медична послуга чи комплекс медичних послуг, що надаються медичними працівниками з використанням професійних знань, навичок та вимог відповідних державних соціальних стандартів, і спрямовані на забезпечення профілактики захворювань, травм, отруєнь, обстеження стану здоров'я людини, діагностики, лікування, догляду і реабілітації у зв'язку із захворюваннями чи іншими розладами здоров'я, вагітністю та пологами.

Медичні послуги - послуги, що надаються медичними працівниками та іншими відповідними кваліфікованими фахівцями з метою збереження та врятування життя, відновлення та поліпшення здоров'я людини, які є ідентифікованими елементами медичної допомоги.

Медичні заклади – суб'єкти господарської діяльності (юридичні особи незалежно від їх організаційно–правової форми та форми власності, а також фізичні особи, зареєстровані у встановленому законодавством порядку як суб'єкти підприємницької діяльності), які згідно з діючим законодавством мають право надавати медичну (консультативну, діагностичну, лікувальну, профілактичну, реабілітаційну, фармацевтичну, санаторно-курортну, оздоровчу) допомогу та послуги опікування.

Медичні заклади, що зазначені у Договорі страхування, є *надавачами* Застрахованим особам медичної допомоги, послуг опікування та оздоровлення згідно з Договорами добровільного медичного страхування.

Медичний персонал - особи, які мають відповідну освіту, і які мають право займатись медичною практикою, надавати медичну допомогу відповідно до рівня своєї кваліфікації згідно із законодавством.

Невідкладна (швидка) медична допомога - медична допомога, що надається Застрахованій особі виїзною загально-профільною або спеціалізованою бригадою швидкої допомоги або медичним закладом, коли існує загроза її життю і здоров'ю.

Невідкладна стоматологічна допомога - медична допомога при гострому захворюванні або загостренні хронічного захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямована на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення без подальшого відновлювального лікування.

Нещасний випадок - раптова, випадкова, короткочасна, непередбачувана та не залежна від волі Застрахованої особи зовнішня подія, що фактично відбулась протягом строку дії Договору страхування і призвела до тілесного ушкодження або іншого розладу здоров'я Застрахованої особи чи її смерті.

Нозологія (хвороба, захворювання) – (від грецького νόσος – хвороба та ..логія; буквально – вчення про хворобу). В сучасній медичній літературі термін «нозологія» («нозологічна одиниця») вживається по відношенню до патологічних станів здоров'я людини, що характеризуються певними причинами виникнення, характерним патологічним розвитком, типовими клінічними проявами (зовнішніми симптомами та лабораторними даними), типовими структурними порушеннями в органах та тканинах організму людини.

Правила – Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я). Нова редакція ПАТ «Страхова компанія «Місто».

Представник Страховика – юридична особа або фізична особа - підприємець, яка за дорученням та/або за рахунок коштів Страховика при настанні страхового випадку здійснює організацію надання та оплату медичної допомоги Застрахованій особі згідно з умовами добровільного медичного страхування.

Програма страхування – Програма добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), яка включає перелік медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування. Програма страхування є додатком до Договору страхування та його невід'ємною частиною.

У Програмі страхування зазначається страхова сума, обсяг медичної допомоги (послуг) та порядок організації її надання, перелік Медичних закладів - надавачів медичної допомоги, передбаченої Програмою страхування, страховий тариф, розмір страхового платежу за Програмою страхування, який повинен сплатити Страхувальник, та інші умови.

Базові Програми добровільного медичного страхування зазначені у Додатку 1 до цих Правил.

Сервісна картка - іменний документ, що видається Застрахованій особі при укладанні Договору страхування, та містить довідкову інформацію (номер Договору страхування, строк його дії, координати, за якими необхідно звертатись при настанні страхового випадку тощо).

Стан здоров'я - характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Застрахованої особи, яку офіційно дає лікар та яка підтверджується медичною документацією.

Страхова виплата - грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні Страхового випадку.

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

Страхова сума – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов Договору страхування зобов'язаний провести 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 або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

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 укладання Договору страхування і який є формою Договору страхування.

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

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

Страховик – Публічне акціонерне товариство «Страхова компанія «Місто».

Страховик відповідно до законодавства України здійснює комплекс заходів по вивченню, оцінці і управлінню страховими ризиками; згідно з Правилами та умовами Договору страхування одержує від Страхувальника Страхові платежі, здійснює страхову виплату при настанні страхових випадків, виконує інші умови Договору страхування.

Страхувальники – юридичні чи дієздатні фізичні особи, які уклали із Страховиком Договори страхування або є Страхувальниками відповідно до законодавства України.

2. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

2.1. Ці Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я). Нова редакція (надалі по тексту – Правила) розроблені Публічним акціонерним товариством «Страхова компанія «Місто» згідно із Законом України «Про страхування», нормативно - правовими актами цивільного законодавства України.

2.2. Відповідно до цих Правил Страховик укладає Договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі по тексту – Договір страхування).

2.3. Суб'єктами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) є Страховик, Страхувальник, Застрахована особа.

2.4. Страхувальниками згідно з цими Правилами можуть бути:

а) юридичні особи будь-якої організаційно-правової форми – резиденти та нерезиденти України;

б) дієздатні фізичні особи – громадяни України, іноземні громадяни, особи громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах.

2.4.1. Страхувальники - юридичні особи можуть укладати Договори страхування лише на користь фізичних осіб, зазначених у Договорі страхування як Застраховані особи, за їх згодою.

2.4.2. Страхувальники – дієздатні фізичні особи можуть укладати Договори страхування відносно себе або інших фізичних осіб (Застрахованих осіб) за їх згодою. Застрахована особа може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Якщо Договір страхування укладено Страхувальником про власне страхування, то він одночасно є Застрахованою особою.

2.5. Застрахована особа – фізична особа, про страхування якої та за згодою якої на підставі цих Правил укладається Договір страхування і яка може набувати прав й обов'язків Страхувальника відповідно до умов Договору страхування.

Застрахованими можуть бути особи від моменту народження і до моменту, коли їх вік на дату закінчення строку дії Договору страхування не перевищує 65 років. Якщо вік Застрахованої особи перевищує 65 років, то вона може бути застрахована на спеціальних умовах, визначених у Договорі страхування.

2.6. На страхування не приймаються: особи, які знаходяться на обліку в наркологічних, психоневрологічних, туберкульозних, онкологічних, шкірно-венерологічних диспансерах (з приводу венеричних захворювань), центрах з профілактики та лікування СНІДу та ВІЛ-інфекцій; інваліди I-ої, II-ої групи, якщо Договором страхування не обумовлено інше; особи, визнані судом недієздатними у порядку, визначеному статтею 39 Цивільного кодексу України.

Укладений на користь таких осіб Договір страхування може бути припинений достроково у порядку, передбаченому цими Правилами.

2.7. При укладенні Договору страхування Страхувальник за згодою Застрахованої особи має право призначити фізичних або юридичних осіб (далі - Вигодонабувачів) для отримання страхових виплат. Страхувальник може замінити Вигодонабувача до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

2.8. Надавачами медичної допомоги Застрахованим особам є Медичні заклади, передбачені Договором страхування.

2.9. Ці Правила регулюють загальні умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та порядок укладання Договору страхування. Конкретні умови добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) визначаються при укладанні Договору страхування за згодою Сторін і повинні відповідати цим Правилам та не суперечити чинному законодавству України.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з життям, здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ. СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. Страховим ризиком є звернення Застрахованої особи з приводу отримання медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у тому числі імунопрофілактичної) та іншої (у тому числі медико-соціальної) допомоги, необхідність у якій виникає у зв'язку із хворобами, травмами чи іншими станами здоров'я Застрахованої особи.

4.2. Згідно з цими Правилами Страховими випадками визнаються наступні події:

4.2.1. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до зазначеного у Договорі страхування Медичного закладу у зв'язку із станом її здоров'я, що потребує медичної (лікувальної, консультативної, діагностичної, реабілітаційної, оздоровчої, фармацевтичної, профілактичної (у тому числі імунопрофілактичної) та іншої (у тому числі медико-соціальної) допомоги відповідно до умов Договору страхування та зазначеної в ньому Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу і/або послуги опікування;

4.2.2. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування до уповноваженого Представника Страховика (якщо у Договорі страхування визначено, що організація надання медичної допомоги Застрахованій особі здійснюється через уповноваженого Представника Страховика), у зв'язку із станом здоров'я, що потребує медичної допомоги, відповідно до умов Договору та Програми страхування, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу і/або послуги опікування;

4.2.3. звернення Застрахованої особи протягом строку дії Договору страхування за отриманням медичної допомоги відповідно до Програми страхування до інших Медичних закладів, не зазначених у Договорі страхування (у тому числі розташованих в інших регіонах України при необхідності організації невідкладної медичної допомоги), якщо таке звернення було погоджено та/або організовано Страховиком, внаслідок чого виникає обов'язок Страховика

здійснити страхову виплату за надану Застрахованій особі медичну допомогу та/або послуги опікування.

4.3. Конкретний перелік страхових випадків зазначається у Договорі страхування.

4.4. Перелік медичної допомоги, за надання якої Застрахованій особі при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування, узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування та зазначається у ньому у вигляді Програми страхування, що є невід'ємною частиною Договору страхування.

4.5. Базові Програми добровільного медичного страхування наведені у Додатку 1 до цих Правил.

Договір страхування може бути укладено як на умовах одночасно декількох Базових програм добровільного медичного страхування, наведених у Додатку 1 до цих Правил, так і на умовах однієї з них.

4.6. При укладанні Договору страхування Страхувальник та Страховик за взаємною згодою можуть обмежити або доповнити додатковими медичними послугами перелік медичної допомоги, передбачений Базовими програмами добровільного медичного страхування.

4.7. Договором страхування можуть бути передбачені також інші види медичної допомоги Застрахованій особі, які не зазначені у Базових Програмах добровільного медичного страхування, але які не суперечать цим Правилам та чинному законодавству, за надання яких згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страховик здійснює страхову виплату.

4.8. Страхування може здійснюватись також за індивідуальною Програмою страхування, складеною за згодою Страховика і Страхувальника, що не суперечить цим Правилам.

4.9. У будь-якому випадку конкретний обсяг Програми страхування узгоджується Страхувальником і Страховиком при укладанні Договору страхування і зазначається в ньому.

4.10. Договором страхування може бути передбачено обмеження кількості звернень Страхувальника (Застрахованої особи) протягом строку дії Договору страхування за окремим видом медичної допомоги, окремою Програмою страхування, окремими нозологіями та ін.

4.11. Страховий випадок вважається таким, що закінчився, якщо за медичними показаннями зникає необхідність подальшого надання Застрахованій особі медичної допомоги з приводу даного звернення Застрахованої особи.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Не визнається страховим випадком звернення Застрахованої особи до Страховика з приводу отримання медичної допомоги та страхова виплата не здійснюється, якщо:

5.1.1. медична допомога не передбачена Договором страхування, Програмою страхування;

5.1.2. медична допомога була отримана Застрахованою особою до початку або після закінчення строку дії Договору страхування, за винятком випадків екстреної госпіталізації Застрахованої особи, яка розпочалась протягом строку дії Договору страхування і триває після закінчення строку дії Договору страхування, при цьому Страховик здійснює страхову виплату за отриману Застрахованою особою стаціонарну медичну допомогу протягом 15-ти календарних днів після закінчення строку дії Договору страхування (якщо інше не встановлено Договором страхування);

5.1.3. медична допомога була надана Медичним закладом, не передбаченим Договором страхування, або не була узгоджена зі Страховиком чи уповноваженим Представником Страховика, якщо таке узгодження передбачено Договором страхування;

5.1.4. медична допомога не була призначена лікарем або була отримана Застрахованою особою за власним бажанням;

5.1.5. стан здоров'я Застрахованої особи, що потребує медичної допомоги, є наслідком замаху Застрахованої особи на самогубство, навмисного нанесення Застрахованою особою собі тілесних ушкоджень (членоушкодження), за винятком випадків, коли Застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб, що підтверджено у встановленому законом порядку;

5.1.6. стан здоров'я, що потребує медичної допомоги, був відомий Застрахованій особі до укладення Договору страхування, але про це вона не повідомила Страховика при укладанні Договору страхування;

5.1.7. Застрахована особа відмовилась від призначеного лікування, порушила приписи та рекомендації медичного персоналу, правила внутрішнього розпорядку Медичного закладу.

5.2. Не є страховим випадком, якщо інше не обумовлено Договором страхування, звернення Застрахованої особи за медичною допомогою та страхова виплата не здійснюється, якщо стан здоров'я Застрахованої особи або отримана нею травма є наслідками:

- а) впливу ядерного вибуху, радіації чи радіоактивного забруднення;
- б) військових дій, військових маневрів та інших військових заходів;
- в) громадянської війни, народних хвилювань, страйків, революції, повстань, заколотів;
- г) стихійних лих.

5.3. Страховик не здійснює страхову виплату у разі надання медичної допомоги Застрахованій особі з приводу:

5.3.1. венеричних хвороб, СНІДу незалежно від термінів виявлення;

5.3.2. психічних хвороб;

5.3.3. алкоголізму, наркоманії, токсикоманії незалежно від термінів виявлення та будь-яких їх наслідків;

5.3.4. патологічних станів Застрахованої особи або отриманих нею травм, які є наслідками вживання алкоголю або його сурогатів, токсичного, наркотичного сп'яніння, вживання медичних препаратів з метою або у стані сп'яніння, за винятком встановлених правоохоронними органами випадків насильницького застосування даних речовин по відношенню до Застрахованої особи третіми особами,

5.3.5. травматичних ушкоджень або інших розладів здоров'я Застрахованої особи, отриманих нею внаслідок скоєння злочину або інших протиправних дій;

5.3.6. захворювань, що мають характер епідемії, в тому числі особливо небезпечних інфекцій, при введенні комплексу карантинних заходів (за винятком ГРВІ);

5.3.7. штучного переривання вагітності (за винятком випадків переривання вагітності за медичними показаннями).

5.4. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення та обмеження страхування, що не суперечать цим Правилам і чинному законодавству.

5.5. Конкретний перелік виключень із страхових випадків та обмежень страхування зазначається в Договорі страхування.

6. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

Дата початку та дата закінчення строку дії Договору страхування зазначаються в Договорі страхування.

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

Датою сплати Страхувальником страхового платежу є дата зарахування відповідної суми грошових коштів на поточний рахунок Страховика.

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, що зазначені у розділі 15 цих Правил, не призвели до дострокового припинення дії Договору страхування.

6.4. Для окремих страхових випадків, певних видів медичної допомоги, для Договору страхування в цілому у Договорі страхування може бути встановлено період очікування (каренції). Тривалість періоду очікування (каренції) обумовлюється Договором страхування та.

Протягом періоду очікування (каренції) у разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою Страховик страхову виплату не здійснює, крім випадків надання і оплати медичної

допомоги Застрахованій особі при нещасних випадках, якщо інше не обумовлено у Договорі страхування.

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

6.6. Місцем дії Договору страхування є територія України, якщо у Договорі страхування не зазначено інше.

6.7. Договором страхування може бути обумовлено місце надання медичної допомоги - конкретний перелік Медичних закладів, у яких Застрахована особа може отримати медичну допомогу згідно з умовами Договору страхування.

Місце надання Медичної допомоги (перелік Медичних закладів) може бути визначено окремо по кожній Програмі страхування, обумовлений в Договорі страхування.

7. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ВЛАСНА УЧАСТЬ СТРАХУВАЛЬНИКА У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ (ФРАНШИЗА). СТРАХОВИЙ ТАРИФ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ І ПОРЯДОК ЙОГО СПЛАТИ

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

7.2. Страхова сума встановлюється по Договору страхування в цілому або по кожній Програмі страхування окремо, виходячи з переліку та вартості медичних послуг, передбачених Договором страхування і/або Програмою страхування, та зазначається у Договорі страхування.

7.3. У Договорі страхування Страховик може встановлювати обмеження (ліміти) страхової суми за окремими страховими випадками, групами страхових випадків, за окремими нозологіями і/або окремими видами медичної допомоги, яка надається Застрахованій особі відповідно до умов страхування. Відповідний ліміт страхової суми зазначається у Договорі страхування.

7.4. При одночасному колективному страхуванні страхова сума зазначається окремо для кожної Застрахованої особи, зазначеної у Договорі страхування.

7.5. Договором страхування може бути передбачена власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті (франшиза).

Залежно від конкретних умов Договору страхування, в якому обумовлена власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті (франшизи), Страховик починає здійснювати страхову виплату, якщо сума страхової виплати за надану медичну допомогу досягла розміру власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті (франшизи), обумовленої Договором страхування, або при кожному страховому випадку Страхувальник (Застрахована особа) сплачує самостійно обумовлену Договором страхування суму власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті.

Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті (франшиза) може бути обумовлена в Договорі страхування за окремою Програмою страхування, передбаченою Договором страхування, за окремим видом медичної допомоги, за окремою нозологією.

7.6. Розмір страхової виплати визначається Страховиком виходячи з вартості медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування, але у будь-якому випадку не більше страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої (встановленого) Договором страхування.

7.7. Вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування, визначається Страховиком на підставі відповідних рахунків Медичних закладів, уповноваженого Представника Страховика (якщо відповідно до умов страхування організація надання медичної допомоги Застрахованій особі здійснювалась Представником Страховика).

7.8. Якщо умовами Договору страхування передбачена Власна участь Страхувальника (Застрахованої особи) у страховій виплаті, розмір Власної участі Страхувальника (Застрахованої особи) вираховується із суми страхової виплати.

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

7.10. Загальна сума страхових виплат за одним або декількома страховими випадками, що мали місце протягом строку дії Договору страхування, не може перевищувати страхової суми (ліміту страхової суми), встановленої Договором страхування стосовно Застрахованої особи.

7.11. Страхові тарифи обчислюються Страховиком шляхом актуарних розрахунків.

Базові річні страхові тарифи за Базовими Програмами страхування зазначені у Додатку 2 до цих Правил.

7.12. Конкретний розмір страхового тарифу за конкретною Програмою страхування, зазначеною в Договорі страхування, або за Договором страхування в цілому обчислюється на підставі таблиці Базових річних страхових тарифів з урахуванням результатів медичного анкетування, призначеного Страховиком попереднього медичного обстеження Застрахованої особи, віку, статі Застрахованої особи, умов праці, наявності шкідливих звичок, обсягу Програми страхування та вартості медичних послуг у Медичних закладах, передбачених Договором страхування, наявності франшизи, періоду очікування (каренції), обмежень (лімітів) страхової суми, інших чинників, що суттєво впливають на ступінь страхового ризику, шляхом множення базового страхового тарифу на понижуючі або підвищуючі коефіцієнти.

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

7.13. Страховий платіж обчислюється шляхом множення страхової суми, встановленої за окремою Програмою страхування або Договором страхування в цілому, на ставку страхового тарифу, визначеного згідно з пунктами 7.12 цих Правил. Страховий платіж зазначається у Договорі страхування.

7.14. Страховий платіж сплачується Страхувальником одноразово при укладанні Договору страхування, якщо інше не встановлено Договором страхування. Строк сплати страхового платежу зазначається в Договорі страхування.

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

7.16. 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 у випадках, передбачених чинним законодавством України.

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

Датою сплати страхового платежу вважається:

7.17.1. дата зарахування грошових коштів на поточний рахунок Страховика - при безготівкових розрахунках;

7.17.2. дата сплати готівкових коштів у касу Страховика – при розрахунках готівкою.

8. ПОРЯДОК УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування.

8.2. У заяві Страхувальника про намір укласти Договір страхування Страхувальник на запит Страховика зобов'язаний надати відповіді на всі поставлені запитання, повідомити Страховику про всі відомі Страхувальнику обставини, що мають суттєве значення для визначення ймовірності настання страхового випадку (зокрема, прізвище, стать, адресу проживання, місце та строк страхування, програму страхування, страхову суму, відомості про стан здоров'я особи, на користь якої укладається Договір страхування, та ін.).

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

8.3. Договір страхування може бути укладений про страхування однієї особи або одночасно декількох осіб.

У разі, якщо Страхувальник укладає Договір страхування одночасно на користь декількох осіб, разом із заявою про намір укласти Договір страхування Страхувальник надає Страховику список таких осіб із зазначенням їх прізвищ, імен, дат народження, адрес проживання.

8.4. При укладанні Договору страхування на користь інших фізичних 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.

8.5. У разі необхідності при укладанні Договору страхування Страховик може здійснювати медичне анкетування, а при необхідності – призначити медичне обстеження особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування.

При цьому Страховик залишає за собою право на отримання від Страхувальника або особи, про страхування 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, заповнити медичну анкету або пройти медичне обстеження на вимогу Страховика, Страховик може відмовити Страхувальнику в укладанні Договору страхування.

8.6. На підставі даних, повідомлених Страхувальником у заяві про намір укласти Договір страхування, в анкеті (анкетах) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, а також за результатами її (їх) медичного обстеження і отриманої додаткової інформації про стан її (їх) здоров'я Страховик приймає рішення про укладання або відмову в укладанні Договору страхування.

8.7. Факт укладання договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору страхування.

8.8. Письмова заява Страхувальника про намір укласти Договір страхування, анкета про стан здоров'я, а також результати медичного обстеження (якщо таке обстеження здійснювалось) особи (осіб), на користь якої (яких) укладається Договір страхування, є невід'ємною частиною укладеного Договору страхування.

8.9. Додатково до примірника Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, страхового сертифікату) Страховик може видати Застрахованій особі Сервісну картку.

Сервісна картка є іменним документом і містить довідкову інформацію про номер і строк дії Договору страхування, а також координати, за якими необхідно звертатись до Страховика (або уповноваженого Представника Страховика) при настанні страхового випадку.

Сервісна картка є додатком до Договору страхування (страхового полісу, страхового свідоцтва, страхового сертифікату).

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 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. відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитків, якщо це передбачено умовами Договору страхування;

9.1.5. за заявою Страхувальника у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, або збільшення вартості медичної допомоги переукласти з ним Договір страхування;

9.1.6. не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом.

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

9.2. Страховик має право:

9.2.1. при укладанні Договору страхування вимагати від Страхувальника інформацію, необхідну для оцінки ступеню страхового ризику;

9.2.2. перевіряти відомості, надані Страхувальником при укладанні Договору страхування; отримати від Страхувальника (Застрахованої особи) будь-які додаткові відомості про стан здоров'я Застрахованої особи, вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти за власний кошт медичний огляд у вказаних Страховиком медичних закладах;

9.2.3. самостійно з'ясувати причини, обставини страхового випадку і вартість медичної допомоги, наданої Страхувальнику (Застрахованій особі), направляти запити до компетентних органів з метою отримання відповідних висновків, здійснювати за власний кошт незалежну експертизу страхового випадку;

9.2.4. у разі зміни ступеню страхового ризику або збільшення вартості медичної допомоги вимагати від Страхувальника переукладення Договору страхування та сплати додаткового страхового платежу;

9.2.5. відмовити у виплаті страхової суми (її частини) згідно з розділом 14 цих Правил;

9.2.6. вносити зміни у Договір страхування згідно з пунктом 18.1 цих Правил;

9.2.7. ініціювати дострокове припинення Договору страхування згідно з розділом 15 цих Правил;

9.2.8. організувати невідкладну медичну допомогу Застрахованій особі за життєвими показаннями із залученням державних медичних закладів (зокрема, швидкої медичної допомоги "103" та госпіталізації у найближчий стаціонар) з подальшою організацією перевезення за бажанням Застрахованої особи у Медичний заклад, передбачений Договором страхування.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страховика.

9.3. Страхувальник зобов'язаний:

9.3.1. своєчасно вносити страхові платежі;

9.3.2. при укладанні Договору надати Страховикові інформацію про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику;

9.3.3. при укладенні Договору страхування повідомити Страховика про інші чинні договори страхування щодо цього предмета Договору;

9.3.4. вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

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

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

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 фізичних 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. при настанні страхового випадку вимагати надання Застрахованій особі кваліфікованої медичної допомоги згідно з умовами Договору страхування;

9.4.5. повідомляти Страховика про випадки ненадання медичної допомоги, неповного або некваліфікованого надання такої допомоги;

9.4.6. на внесення змін в у мови Договору страхування згідно з пунктом 18.1 цих Правил;

- 9.4.7. на дострокове припинення Договору страхування згідно з розділом 15 цих Правил;
- 9.4.8. оскаржити в порядку, передбаченому чинним законодавством України, відмову Страховика у страховій виплаті або розмір страхової виплати, здійсненої Страховиком;
- 9.4.9. отримати дублікат Договору (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва) в разі його втрати.

Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права Страхувальника.

9.5. Договором страхування можуть бути передбачені права та обов'язки Застрахованої особи, зокрема, щодо надання достовірної інформації про свій стан здоров'я при укладанні Договору страхування, своєчасного повідомлення Страховика або його уповноваженого Представника про настання страхового випадку, виконання всіх рекомендацій Страховика (уповноваженого Представника Страховика) щодо отримання і оплати медичної допомоги при настанні страхового випадку, дотримання приписів та рекомендацій медичного персоналу, внутрішнього розпорядку Медичного закладу, надання Страховику права ознайомитись з медичною документацією будь-якого медичного закладу про стан здоров'я Застрахованої особи у зв'язку із виконанням Договору страхування або для вирішення питання про страхову виплату і т. ін.

10. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ. ПОРЯДОК І УМОВИ НАДАНЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДІЇ СТОРІН У РАЗІ ЗБІЛЬШЕННЯ СТУПЕНЮ СТРАХОВОГО РИЗИКУ

10.1. У разі виникнення у Страхувальника (Застрахованої особи) необхідності в отриманні медичної допомоги Застрахована особа, Страхувальник чи уповноважена ними особа негайно, протягом 48 годин (якщо інше не обумовлено Договором страхування) звертається у Медичний заклад, зазначений у Договорі страхування, або безпосередньо до Страховика чи уповноваженого Представника Страховика відповідно до умов Договору страхування за адресою або телефонами, зазначеними у Договорі страхування та/або у Сервісній картці, та повідомляє наступну інформацію:

- прізвище, ім'я Застрахованої особи;
- номер Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату) та строк його дії;
- інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи;
- фактичну адресу місцезнаходження Застрахованої особи та номери контактних телефонів;
- іншу інформацію на вимогу Страховика або уповноваженого Представника Страховика.

10.2. Медична допомога Застрахованій особі надається у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування.

Якщо немає можливості надати необхідну медичну допомогу Застрахованій особі у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування, Страховик або уповноважений Представник Страховика сприяє організації надання медичної допомоги в іншому Медичному закладі. При цьому вибір Медичного закладу здійснюється Страховиком.

10.3. У разі виявлення у Застрахованої особи захворювань або станів, при яких лікування не може бути здійснено у Медичних закладах, передбачених Договором страхування (наприклад, захворювання на туберкульоз тощо), Страховик (уповноважений Представник Страховика) сприяє у направленні Застрахованої особи до спеціалізованого медичного закладу. При цьому Страховик не здійснює страхову виплату за медичні послуги, надані Застрахованій особі у такому спеціалізованому медичному закладі, якщо інше не обумовлено Договором страхування.

10.4. У випадку необхідності отримання швидкої (екстреної) медичної допомоги, якщо немає можливості діяти відповідно до пункту 10.1 цих Правил, Застрахована особа може самостійно звернутися до Медичного закладу за отриманням медичної допомоги. У такому разі Застрахована особа, Страхувальник чи уповноважена ними особа зобов'язані повідомити Страховика (його представника) про настання страхового випадку як тільки це стане можливим (але не пізніше 48 годин) з моменту звернення за швидкою (екстреною) медичною допомогою.

10.5. У разі, якщо Застрахована особа (Страховальник) самостійно оплатила(в) вартість медичної допомоги за погодженням зі Страховиком та якщо це передбачено умовами Договору страхування, для отримання страхової виплати вона(він) повинна(ен) звернутися до Страховика із письмовою заявою про страхову виплату та надати Страховику всі необхідні документи, що підтверджують настання страхового випадку, згідно з розділом 11 цих Правил та Договором страхування.

Заява про страхову виплату Застрахованої особи (Страховальника) приймається Страховиком у строк не пізніше 3-х місяців після отримання Застрахованою особою медичної допомоги, якщо інше не обумовлено Договором страхування

10.6. Протягом строку дії Договору страхування Страховальник, Застрахована особа повідомляє Страховика про будь-які зміни в обставинах, що можуть призвести до збільшення ступеню страхового ризику.

Під збільшенням ступеня страхового ризику потрібно розуміти будь-які обставини, про які стало відомо Страховику упродовж строку дії Договору страхування і які з високим ступенем вірогідності можуть призвести до настання страхового випадку, у тому числі обставини, про які Страховальник (Застрахована особа) знав(ла) або повинен(а) був(ла) знати, але не повідомив(ла) під час укладання Договору страхування або протягом строку дії Договору страхування та які збільшують ступінь страхового ризику (до таких обставин відносяться, зокрема, випадки виявлення у Застрахованої особи хронічного захворювання, групи інвалідності, вагітності тощо).

Повідомлення про збільшення ступеню страхового ризику може бути здійснено працівником Медичного закладу, у якому Застрахованій особі надається медична допомога.

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

10.8. Якщо Страховальник заперечує проти внесення змін в Договір страхування у випадку, передбаченому пунктом 10.7 цих Правил, Страховик залишає за собою право припинити Договір страхування згідно з розділом 15 цих Правил.

11. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ І ВАРТІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, НАДАНОЇ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ ПРИ НАСТАННІ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. Документами, що підтверджують настання страхового випадку, є:

а) письмова заява Страховальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) про страхову виплату або задокументоване звернення Страховальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) до Страховика (уповноваженого Представника Страховика) про надання медичної допомоги та здійснення страхової виплати;

б) примірник або копія Договору страхування (страхового полісу, страхового сертифікату, страхового свідоцтва);

в) 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 вартості наданої медичної допомоги, результатів лабораторних, інструментальних досліджень, висновків спеціалістів тощо), листа тимчасової непрацездатності або відповідної довідки з Медичного закладу;

г) 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;

д) у разі звернення Застрахованої особи за медичною допомогою при настанні нещасного випадку - акт про нещасний випадок (за наявності), довідка з Медичного закладу із зазначенням діагнозу та інформацією по вміст алкоголю, токсичних та наркотичних речовин в крові потерпілої

Застрахованої особи на момент настання нещасного випадку або відразу після нього (при необхідності);

е) рахунки-фактури Медичного закладу за надану Застрахованій особі медичну допомогу, звіти, акти виконаних робіт;

- якщо згідно з умовами Договору страхування при настанні страхового випадку Страхувальник (Застрахована особа) самостійно оплатив(ла) вартість медичної допомоги, - платіжні документи (фіскальні чеки, квитанції, платіжні доручення тощо) про сплату Страхувальником (Застрахованою особою) вартості наданої медичної допомоги;

- якщо при настанні страхового випадку організація надання і оплата медичної допомоги Застрахованій особі була здійснена уповноваженим Представником Страховика - копії платіжних документів з відмітками установи банку про оплату уповноваженим Представником Страховика медичної допомоги, наданої Застрахованій особі Медичним закладом, виписки з банківського рахунку Представника Страховика (при необхідності);

є) висновки незалежної експертизи (за наявності), результати додаткового медичного обстеження Застрахованої особи, здійсненого на вимогу Страховика (при необхідності);

ж) документи, що посвідчують особу - одержувача страхової виплати:

- для фізичної особи: паспорт, свідоцтво про народження, довідка про присвоєння ідентифікаційного податкового номера фізичній особі;

- для юридичної особи: свідоцтво про державну реєстрацію юридичної особи, витяг з Єдиного державного реєстру підприємств і організацій України (ЄДРПОУ), свідоцтво про реєстрацію платника податку, документ, що підтверджує повноваження представника юридичної особи діяти від її імені;

- у разі отримання страхової виплати довіреною особою Застрахованої особи - доручення, видане Застрахованою особою довірений особі;

- якщо страховий випадок стався із Застрахованою особою, яка є недієздатною або частково дієздатною, – документи, що посвідчують її законних представників або Вигодонабувача (якщо Вигодонабувач був призначений за Договором страхування).

11.2. Страховик може змінити перелік документів, передбачених пунктом 11.1 цих Правил, а також обґрунтовано запросити у Страхувальника (Застрахованої особи) і/або Вигодонабувача додаткові документи, якщо з урахуванням конкретних обставин відсутність таких документів унеможливує встановлення факту, причин і обставин настання страхового випадку.

11.3. Конкретний перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку і вартість наданої Застрахованій особі медичної допомоги, зазначається у Договорі страхування.

11.4. З метою з'ясування причин і обставин настання страхового випадку Страховик має право вимагати від Страхувальника (Застрахованої особи) пройти додаткове медичне обстеження, а Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язаний(на) пройти таке обстеження.

12. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

12.1. Страхова виплата при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами Договору страхування) та страхового акту, складеного Страховиком після отримання всіх необхідних документів, що підтверджують настання страхового випадку.

12.2. Одержувачами страхової виплати при настанні страхового випадку за Договором страхування, укладеним на підставі цих Правил, можуть бути:

12.2.1. Медичний заклад, що надавав Застрахованій особі передбачену Договором страхування медичну допомогу;

12.2.2. уповноважений Представник Страховика, який за дорученням Страховика організував надання та сплатив на рахунок Медичного закладу вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі при настанні страхового випадку;

12.2.3. Застрахована особа, яка за погодженням зі Страховиком при настанні страхового випадку відповідно до умов Договору страхування самостійно оплатила вартість наданої їй медичної допомоги;

12.2.4. Страхувальник, який за погодженням зі Страховиком самостійно сплатив вартість медичної допомоги, наданої Застрахованій особі.

12.2.5. Інші фізичні та/або юридичні особи, які передбачені в Договорі страхування.

12.3. Страхова виплата може бути здійснена представнику Застрахованої особи за дорученням, яке оформлене відповідно до встановленого законом порядку. Якщо Застрахованою особою є недієздатна особа, одержувачем страхової виплати є її законні представники або Вигодонабувачі (якщо вони призначені).

12.4. Страхова виплата Застрахованій особі (її законному представнику, довірєній особі), Страхувальнику здійснюється Страховиком протягом 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 Страхувальника, Застрахованої особи (її законного представника, довірєної особи) або поштовим переказом, готівкою через касу Страховика тощо.

12.5. Страхова виплата на рахунок Медичного закладу або уповноваженого Представника Страховика здійснюється у порядку та у строки, обумовлені договором про співпрацю, укладеним між Страховиком та зазначеними установами.

12.6. 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.

12.7. Страхова виплата здійснюється Страховиком в 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.

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

13.1. Рішення про здійснення або відмову у здійсненні страхової виплати приймається Страховиком протягом 20 (двадцяти) робочих днів від дня одержання Страховиком всіх необхідних документів, передбачених розділом 11 цих Правил.

13.2. Якщо правоохоронними органами відкрита кримінальна справа проти Страхувальника, Застрахованої особи або Вигодонабувача і ведеться розслідування, Страховик може продовжити строк прийняття свого рішення до завершення розслідування і прийняття рішення по справі.

13.3. 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 протягом 10 (десяти) робочих днів з дати отримання всіх необхідних документів.

13.4. Рішення Страховика про відмову у здійсненні страхових виплат повідомляється особі, що подала заяву про страхову виплату, у письмовій формі із зазначенням підстав для повної або часткової відмови у страховій виплаті протягом 10 (десяти) робочих днів з дати прийняття такого рішення.

14. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ

14.1. Причинами відмови Страховика у здійсненні страхових виплат є:

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

14.1.2. вчинення Страхувальником - фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

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

14.1.4. несвоєчасне повідомлення Страхувальником, без поважних на це причин, про настання страхового випадку або створення Страховиком перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

14.1.5. інші випадки, передбачені законом.

14.2. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

14.3. Відмову Страховика у страховій виплаті може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

15. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

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

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

15.1.4. ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника - фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених статтями 22, 23 і 24 Закону України «Про страхування»;

15.1.5. ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України;

15.1.6. прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним;

15.1.7. в інших випадках, передбачених законодавством України.

15.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою 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 та законодавством України.

Про намір дострокового припинення дії Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

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.

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

Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі, за умови дострокового припинення Договору страхування.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

16.2. У випадку недосягнення згоди спори передаються на розгляд до суду у порядку та згідно з правилами, передбаченими законодавством України.

17. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

17.1. За невиконання або виконання неналежним чином прийнятих на себе зобов'язань за Договором страхування Сторони несуть відповідальність відповідно до законодавства України.

17.2. У разі несвоєчасного здійснення страхової виплати Страховик сплачує Страхувальнику (Вигодонабувачу) пеню у розмірі подвійної облікової ставки Національного Банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, за кожний день прострочення.

17.3. У разі необгрунтованої відмови Медичного закладу у наданні Застрахованій особі медичної допомоги, передбаченої умовами Договору страхування, або надання медичної допомоги у неповному обсязі чи неякісної медичної допомоги Страховик на підставі письмової заяви Страхувальника (Застрахованої особи) вживає заходів щодо надання Страхувальнику (Застрахованій особі) медичної допомоги у повному обсязі та відповідної якості, передбачених умовами Договору страхування, у тому числі із залученням іншого Медичного закладу.

18. ОСОБЛИВІ УМОВИ

18.1. Протягом строку дії Договору страхування його умови можуть бути змінені та/або доповнені окремими положеннями, щ не суперечать цим Правилам та чинному законодавству, за згодою Страховика і Страхувальника та на підставі письмової заяви однієї із сторін.

Всі зміни та доповнення до Договору страхування оформлюються Сторонами письмово у вигляді додаткових угод до діючого Договору страхування, які є його невід'ємними частинами.

Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін у Договір, протягом 10 (десяти) робочих днів, якщо інше не встановлено Договором страхування, вирішується питання про дію Договору на попередніх умовах або про припинення його дії.

18.2. Сторони не несуть відповідальності за невиконання чи неналежне виконання своїх зобов'язань за Договором страхування, якщо буде доведено, що таке невиконання (неналежне виконання) обумовлено дією обставин непереборної сили (форс-мажорних обставин), що знаходяться поза контролем сторін та що не можна було передбачити чи уникнути при укладанні Договору страхування.

18.3. Сторона, по відношенню до якої напустили такі обставини, негайно повідомляє про це іншу сторону та надсилає відповідні документи, що підтверджують факт настання форс-мажорних обставин, видані компетентними установами.

18.4. Всі повідомлення та відомості, що направляються Сторонами одна одній у зв'язку з укладенням, виконанням або припиненням Договору страхування, повинні бути здійснені в письмовій формі і будуть вважатись наданими належним чином, якщо вони надіслані рекомендованим листом, надані особисто з врученням під розпис відповідальній особі, надані/повідомлені телефоном, телеграфом, телетайпом, телефаксом, електронною поштою та ін. з наступним направленням письмового повідомлення або документів рекомендованим листом, або з доставкою такого письмового повідомлення чи документів посильним, або іншим документованим способом зв'язку.

18.5. Всі повідомлення у зв'язку з виконанням і припиненням Договору страхування направляються сторонами на адреси, що зазначені в Договорі страхування. У випадку зміни адрес і/або реквізитів сторона Договору страхування зобов'язана протягом 5-ти робочих днів повідомити іншу сторону про таку зміну. Якщо сторона не була сповіщена про зміну адреси і/або реквізитів іншої сторони завчасно, то всі повідомлення, спрямовані на колишню адресу, будуть вважатись отриманими з дати їхнього надходження на колишню адресу.

18.6. Всі взаєморозрахунки сторони здійснюють згідно із законодавством України.

18.7. Права та обов'язки Страховика та Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, зазначені у цих Правилах, але які не передбачені Законом України «Про страхування», повинні бути передбачені Договором страхування.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА «СТАНДАРТ».

Комплексна програма добровільного медичного страхування «Стандарт» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору страхування у Медичних закладах з переліку, наведеного у Договорі страхування, медичної допомоги про гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, травм, опіках, отруєннях.

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

1.1. Поліклінічне обслуговування.

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Оперативна та анестезіологічна допомога.

1.2. Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги).

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Функціональна діагностика.
- Фізіотерапія.
- Анестезіологічні маніпуляції.
- Терапевтична стоматологія, у т.ч. лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, хвороб слизової оболонки ротової порожнини та язика, терапевтичні методи лікування захворювань тканин пародонта.

- Хірургічна стоматологія, у т.ч. лікування запальних хвороб щелепно-лицьової зони, слинних залоз, хвороб нервів щелепно-лицьової зони, доброякісних новоутворень щелепно-лицьової зони, ушкоджень щелепно-лицьової зони, видалення зубів, хірургічні методи лікування хвороб тканин пародонту.

1.3. Допомога на дому, у тому числі невідкладна медична допомога.

- Прийом лікаря на дому.
- ЕКГ на дому.
- Взяття матеріалу для лабораторних досліджень.

1.4. Диспансерний нагляд та обстеження.

- Контрольні прийоми лікарів-спеціалістів.
- Контрольні лабораторні та інструментальні дослідження.

2. Стаціонарна медична допомога (у тому числі домашній стаціонар, денний стаціонар).

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Оперативні втручання.
- Анестезіологічна допомога.
- Медикаментозна терапія.

3. Швидка та невідкладна медична допомога.

- Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.

- Проведення діагностичних та лікувальних заходів в умовах швидкої допомоги.
- Транспортування в стаціонар.

4. Реабілітаційно - відновне (у тому числі санаторно-курортне) лікування.

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Діагностичні маніпуляції та процедури.
- Лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Медикаментозна терапія.
- Застосування природних та преформованих фізичних факторів.
- Лікувальна фізкультура.
- Лікувально-профілактичний масаж.

5. Профілактичні заходи.

- Вакцинація від грипу.
- Вітамінотерапія.

6. Експертиза тимчасової непрацездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

7. Супровід довіреного лікаря.

В межах зазначених видів медичної допомоги надаються наступні медичні послуги:

1) Прийоми, консультації і маніпуляції спеціалістів – терапевта, гастроентеролога, кардіолога, ендокринолога, невропатолога, хірурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гінеколога, алерголога, імунолога, гематолога, пульмонолога, дерматолога, онколога, інфекціоніста, мануального терапевта, стоматолога, фізіотерапевта, лікаря ЛФК та інших спеціалістів.

2) Загальні лікувальні маніпуляції та процедури.

3) Ендоскопічні маніпуляції, функціональна діагностика, ультразвукове діагностичне дослідження.

4) Лабораторні дослідження: загальноклінічні, біохімічні, у тому числі гормональні, мікробіологічні, імунологічні та радіоімунологічні, мікробіологічні (бактеріологічні), гістологічні та цитологічні.

5) Рентгенологічні дослідження, комп'ютерна томографія, ядерно-магнітна резонансна томографія.

6) Ангіографія.

7) Радіоізотопне діагностичне дослідження.

8) Хірургічні втручання, у тому числі реконструктивне хірургічне лікування хвороб серцево-судинної, нервової систем, опорно-рухового апарату, органів зору і чуття.

9) Анестезіологічна допомога.

10) Фізіотерапія, ЛФК, масаж.

11) Класична голкорексфлексотерапія (корпоральна та аурікулярна), мануальна терапія.

12) Медикаментозне забезпечення.

В комплексну програму медичного страхування «Стандарт» не входить:

1. Надання медичних послуг у зв'язку із лікуванням наступних хвороб та їх ускладнень:

- 1.1. злоякісних онкологічних хвороб;
- 1.2. вроджених та спадкових хвороб, вроджених аномалій розвитку органів;
- 1.3. венеричних хвороб («класичних»), ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- 1.4. епілепсії, психічних розладів та розладів поведінки, у тому числі алкоголізму, наркоманії, токсикоманії;
- 1.5. цукрового діабету;
- 1.6. туберкульозу;
- 1.7. захворювань, що супроводжуються хронічною нирковою та печінковою недостатністю, яка потребує проведення екстракорпоральних методів лікування;
- 1.8. гострих і хронічних гепатитів (за виключенням гепатитів «А» та «Е»);

- 1.9. променевої хвороби;
- 1.10. професійних хвороб.

2. Надання наступних медичних послуг:

2.1. консультації, діагностичні дослідження та інші послуги, пов'язані з вагітністю та її ускладненнями – перериванням вагітності, допологовим наглядом, пологами, післяпологовими захворюваннями і ускладненнями;

2.2. послуги з планування сім'ї, діагностика та лікування безпліддя (чоловічого і жіночого), імпотенції, генетичні дослідження;

2.3. зубопротезування та підготовка до нього, включаючи видалення і депульпування зубів, заміну старих пломб без медичних показань і т. ін.; відновлення зруйнованої більш ніж на 50% коронки зуба, імплантація зубів. Послуги, що надаються з профілактичною (герметизація фісур, зняття зубних відкладень, покриття зубів лаками і т.ін.) та косметичною (косметичне відновлення зубів, у тому числі із застосуванням вінірів та ламінатів, відбілювання зубів тощо) метою. Лікувальні маніпуляції на зубах, що покриті ортопедичними чи ортодонтичними конструкціями. Усунення ортодонтичних порушень у дітей і дорослих;

2.4. методи екстракорпорального впливу на кров, у тому числі програмний гемодіаліз, внутрішньовенна лазеротерапія і т. ін. (за виключенням випадків проведення методів екстракорпорального впливу на кров Застрахованої особи за життєвими показаннями у відділенні реанімації). Внутрішньовенна озонотерапія. Гіпо-, нормо- та гіпербарична оксигенація (за виключенням випадків проведення Застрахованій особі гіпербаричної оксигенації за життєвими показаннями у відділенні реанімації);

2.5. діагностика, лікування та інші маніпуляції з приводу хвороб волосся (алопеція та ін.), таких хвороб шкіри як мозолі, бородавки, папіломи, конділоми, контагіозні молюски, невуси, а також усунення косметичних дефектів, у тому числі з метою покращання психологічного стану Застрахованої особи;

2.6. діагностика, лікування ронхопатії (храпу) та апное уві сні. Тест «Гемокод». Діагностика та лікування з використанням авторських методів у медичних закладах, не передбачених Договором страхування. Склеротерапія вен. Корекція ваги. Гідроколонотерапія.

2.7. хірургічна корекція зору, у тому числі із застосуванням лазеру; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології;

2.8. методи народної медицини, які використовуються з метою діагностики (акупунктурна, аурикуло-, термпунктурна, електропунктурна, пульсова, іридо-, мануальна, енергоінформатика та ін.), лікування (гірудотерапія, гомеопатія, фітотерапія, апітерапія та ін.) чи оздоровлення (цугун-терапія, управління диханням, музикотерапія, ароматерапія тощо).

2.9. послуги психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда;

2.10. послуги, що надаються з оздоровчою, профілактичною та косметичною метою.

3. Страховик не здійснює страхову виплату за ортопедичне протезування, слухопротезування, трансплантацію органів і тканин, а також вартість протезів, ендопротезів, імплантантів (у тому числі наборів для остеосинтезу та фіксації, ангіографії, ангіопластики та стентування, електрокардіостимуляторів тощо) та інших медичних виробів, медичного обладнання, окулярів, слухових апаратів і медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях.

4. Надання медичних послуг та лікування окремих захворювань із вище наведеного переліку може бути включено в комплексну програму на особливих умовах, погоджених зі Страховиком.

2. ПРОГРАМА «ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА».

Базова програма добровільного медичного страхування «Екстрена медична допомога» передбачає надання Застрахованій особі протягом строку страхування невідкладної медичної допомоги при раптовому гострому захворюванні чи стані, загостренні хронічної хвороби, що становлять загрозу її життю.

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога.

1.1. Поліклінічне обслуговування.

- Прийоми та консультації лікарів – спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Хірургічна та анестезіологічна допомога.

1.3. Допомога на дому, у тому числі невідкладна медична допомога.

- Візит лікаря до Застрахованої особи додому.
- ЕКГ на дому.
- Взяття матеріалу для лабораторних досліджень.

2. Швидка та невідкладна медична допомога.

- Вийзд бригади швидкої медичної допомоги до Застрахованої особи.
- Проведення діагностичних та лікувальних заходів в умовах швидкої допомоги.
- Транспортування в стаціонар відповідного профілю.

3. Екстрена стаціонарна допомога (екстрена госпіталізація).

- Консультації лікарів-спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Оперативні втручання, анестезіологічна допомога.
- Медикаментозне забезпечення.

4. Експертиза тимчасової непрацездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

5. Супровід довіреного лікаря.

В програму екстреної медичної допомоги не входить:

1. Надання медичних послуг у зв'язку з лікуванням наступних хвороб (з моменту постановки діагнозу) та їх ускладнень:

- 1.1. злоякісних онкологічних хвороб;
- 1.2. вроджених та спадкових хвороб, вроджених аномалій розвитку органів;
- 1.3. венеричних хвороб («класичних»), ВІЛ-інфекції та СНІДу;
- 1.4. епілепсії, психічних розладів та розладів поведінки, у тому числі алкоголізму, наркоманії, токсикоманії;
- 1.5. цукрового діабету;
- 1.6. туберкульозу;
- 1.7. захворювань, що супроводжуються хронічною нирковою та печінковою недостатністю, яка потребує проведення екстракорпоральних методів лікування;
- 1.8. гострих і хронічних гепатитів (за виключенням гепатитів «А» та «Е»);
- 1.9. променевої хвороби;
- 1.10. професійних хвороб.

2. Надання наступних медичних послуг:

2.1. консультації, діагностичні дослідження та інші послуги, пов'язані з вагітністю та її ускладненнями – перериванням вагітності, допологовим наглядом, пологами, післяпологовими захворюваннями і ускладненнями;

2.2. послуги з планування сім'ї, діагностика та лікування безпліддя (чоловічого і жіночого), імпотенції, генетичні дослідження;

2.3. методи екстракорпорального впливу на кров, у тому числі програмний гемодіаліз, внутрішньовенна лазеротерапія і т. ін.. (за виключенням випадків проведення методів екстракорпорального впливу на кров Застрахованої особи за життєвими показаннями у відділенні реанімації) Внутрішньовенна озонотерапія. Гіпо-, нормо- та гіпербарична оксигенація (за виключенням випадків проведення Застрахованій особі гіпербаричної оксигенації за життєвими показаннями у відділенні реанімації);

2.4. діагностика, лікування та інші маніпуляції з приводу хвороб волосся (алопеція та ін.), таких хвороб шкіри як мозолі, бородавки, папіломи, конділоми, контагіозні моллюски, невуси, а також усунення косметичних дефектів, у тому числі з метою покращання психологічного стану Застрахованої особи;

2.5. діагностика, лікування ронхопатії та апное уві сні. Тест «Гемокод». Діагностика та лікування з використанням авторських методів у медичних закладах, не передбачених Договором страхування. Склеротерапія вен. Корекція ваги. Гідроколонотерапія.

2.6. хірургічна корекція зору, у тому числі із застосуванням лазеру; маніпуляції з використанням апаратно-програмних комплексів в офтальмології;

2.7. методи народної медицини, які використовуються з метою діагностики (акупунктурна, аурикуло-, термопунктурна, електропунктурна, пульсова, іридо-, мануальна, енергоінформатика та ін.), лікування (гірудотерапія, гомеопатія, фітотерапія, апітерапія та ін.) і оздоровлення (цугун-терапія, управління диханням, музикотерапія, ароматерапія тощо).

2.8. послуги психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда;

2.9. послуги, що надаються з оздоровчою (зокрема, фізіотерапевтичне, бальнеологічне лікування, відвідування басейну, масаж тощо), профілактичною (зокрема, вакцинація проти ГРВІ, вітамінізація) та косметичною метою.

3. Страховик не здійснює страхову виплату за ортопедичне протезування, слухопротезування, трансплантацію органів і тканин, а також вартість протезів, ендопротезів, імплантантів (у томц числі наборів для остеосинтезу та фіксації, ангіографії, ангіопластики та стентування, електрокардіостимуляторів тощо) та інших медичних виробів, медичного обладнання, окулярів, слухових апаратів і медичних виробів, призначених для догляду за хворими при будь-яких захворюваннях.

4. Лікування хвороб, за якими Застрахована особа отримувала курс лікування до початку строку дії Договору страхування.

5. Лікування хронічних хвороб та їх загострень, які не становлять загрози життю Застрахованої особи.

Надання медичних послуг та лікування окремих захворювань із вище наведеного списку може бути включено в програму на особливих умовах, погоджених зі Страховиком.

3. ПРОГРАМА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ДОПОМОГИ «АПТЕКА».

1. Програма медикаментозної допомоги «Аптека» передбачає забезпечення Застрахованої особи при настанні страхового випадку медикаментами клініко-фармацевтичних груп, необхідних для надання швидкої допомоги, проведення амбулаторно-поліклінічного і стаціонарного лікування відповідно до умов страхування, з переліку, наведеного нижче:

- Серцево-судинні засоби..
- Діуретики і препарати з діуретичним ефектом.
- Засоби, що застосовуються в неврології.
- Анальгетики.
- Протизапальні засоби.
- Антибіотики.
- Протимікробні засоби.
- Противірусні засоби.
- Протипротозойні засоби.
- Протипаразитарні засоби.
- Протигрибкові засоби.
- Засоби, що застосовуються в гастроентерології та гематології.
- Протиалергічні засоби.
- Бронхо-легеневі засоби.
- Препарати статевих гормонів і препарати - антагоністи статевих гормонів.
- Анаболічні стероїди.
- Гормони гіпофізу та їх аналоги.
- Кортикотропіни, гонадотропіни і препарати, які впливають на продукування гормонів.
- Засоби, що впливають на різні види обміну.
- Засоби для лікування хвороб щитовидної залози.

- Засоби, що впливають на гемопоез, гемостаз, гомеостаз.
- Вітаміни та їх аналоги, полівітаміни, мікроелементи для системного застосування. Засоби, що впливають на імунітет.
- Препарати імуноглобулінів.
- Засоби, що впливають на тонус та скорочувальну активність біометрія.
- Засоби, що застосовуються в гінекології.
- Засоби, що застосовуються в отоларингології.
- Засоби, що застосовуються в стоматології.
- Засоби, що застосовуються в офтальмології.
- Засоби, що застосовуються в проктології.
- Засоби, що застосовуються в урології.
- Засоби для зовнішнього застосування.
- Засоби, що застосовуються в дерматології.
- Засоби дезінфікуючої та антисептичної дії.
- Засоби, що застосовуються в мікропедіатрії і педіатрії.

2. Забезпечення Застрахованої особи лікарськими засобами при настанні страхового випадку здійснюється Страховиком через аптечні заклади, визначені Страховиком. Придбання лікарських засобів Застрахованою особою здійснюється на підставі рецептів, виданих медичними закладами, передбаченими Договором страхування.

3. Доставка медикаментів додому або в офіс здійснюється Страховиком цілодобово.

4. Договором страхування може бути передбачено забезпечення Страхувальника – юридичної особи офісною аптечкою (препаратами першої допомоги).

В програму медикаментозної допомоги «Аптека» не входить:

1. Медикаментозне лікування наступних захворювань та їх ускладнень:
 - 1.1. злоякісних онкологічних хвороб;
 - 1.2. вроджених та спадкових хвороб, вроджених аномалій розвитку органів;
 - 1.3. венеричних хвороб («класичних»), ВІЛ-інфекції та СНІДу;
 - 1.4. епілепсії, психічних розладів та розладів поведінки, у тому числі алкоголізму, наркоманії, токсикоманії;
 - 1.5. цукрового діабету;
 - 1.6. туберкульозу;
 - 1.7. захворювань, що супроводжуються хронічною нирковою та печінковою недостатністю, яка потребує проведення екстракорпоральних методів лікування;
 - 1.8. гострих і хронічних гепатитів (за виключенням гепатитів «А» та «Е»);
 - 1.9. променевої хвороби;
 - 1.10. професійних хвороб.
2. Медикаментозне лікування, що пов'язане з вагітністю, пологами, післяпологовими захворюваннями та ускладненнями.
3. Медикаментозне лікування із застосуванням:
 - гомеопатичних засобів;
 - вакцин з метою профілактичних щеплень (крім вакцинації з метою запобігання ГРВІ);
 - харчових сумішей та коригуючих (біологічних активних) добавок до харчування;
 - засобів контрацепції всіх видів;
 - засобів для корекції статевої функції у чоловіків;
 - засобів діагностики, у тому числі апарати для вимірювання артеріального тиску;
 - медичних виробів та предметів догляду за хворим (крім шприців та перев'язувальних матеріалів);
 - косметичних та гігієнічних засобів, у тому числі зубних паст;
 - засобів медичної реабілітації.
4. Медикаментозне лікування, необхідність якого не підтверджена рецептом лікаря медичного закладу, передбаченого Договором страхування.

4. ПРОГРАМА ЕКСТРЕНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Базова програма екстреної стоматологічної допомоги передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору страхування терапевтичної та/або хірургічної стоматологічної допомоги при гострому болю зубів та/або прилеглих анатомічних структур. Програма передбачає:

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Функціональну діагностику.
- Фізіотерапію.
- Анестезіологію.
- Терапевтичну стоматологію, у т.ч. лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, хвороб слизової оболонки ротової порожнини та язика, терапевтичні методи лікування захворювань тканин пародонта.

- Хірургічну стоматологію, у т.ч. лікування запальних хвороб щелепно-лицьової зони, слинних залоз, хвороб нервів щелепно-лицьової зони, доброякісних новоутворень щелепно-лицьової зони, ушкоджень щелепно-лицьової зони, видалення зубів, хірургічні методи лікування хвороб тканин пародонту.

В програму екстреної стоматологічної допомоги не входить:

- зубопротезування та підготовка до нього, включаючи видалення і депульпування зубів і т. ін.;

- заміна старих пломб без медичних показань;

- відновлення зруйнованої більш ніж на 50% коронки зуба;

- імплантація зубів;

- послуги, що надаються з профілактичною метою (зокрема, герметизація фісур, зняття зубних відкладень, покриття зубів лаками і т.ін.);

- послуги, що надаються з косметичною метою (зокрема, косметичне відновлення зубів, у тому числі із застосуванням вінірів та ламінатів, відбілювання зубів і т. ін.);

- лікувальні маніпуляції на зубах, що покриті ортопедичними і ортодонтичними конструкціями

- усунення ортодонтичних порушень у дітей і дорослих.

Надання окремих медичних послуг та лікування окремих захворювань із вище наведеного списку виключень може бути включено у програму екстреної стоматологічної допомоги на особливих умовах, погоджених зі Страховиком, при укладанні Договору страхування.

5. ПРОГРАМА ПЛАНОВОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Базова програма планової стоматологічної допомоги передбачає надання Застрахованій особі протягом строку дії Договору страхування терапевтичної та/або хірургічної стоматологічної допомоги при захворюваннях зубів та/або прилеглих анатомічних структур за наявності медичних показань. Програма включає в себе:

- Прийоми та консультації спеціалістів.

- Функціональну діагностику.

- Фізіотерапію.

- Анестезіологічні маніпуляції.

- Терапевтичну стоматологію, у т.ч. лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, хвороб слизової оболонки ротової порожнини та язика, терапевтичні методи лікування захворювань тканин пародонту.

- Хірургічну стоматологію, у т.ч. лікування запальних хвороб щелепно-лицьової зони, слинних залоз, хвороб нервів щелепно-лицьової зони, доброякісних новоутворень щелепно-лицьової зони, ушкоджень щелепно-лицьової зони, видалення зубів, хірургічні методи лікування хвороб тканин пародонту.

- Зубопротезування.

- Реставрацію зубної поверхні (заміну старих пломб, відновлення зруйнованої коронки зуба).
- Імплантацію зубів.
- Послуги, що надаються з профілактичною і косметичною метою.
- Лікувальні маніпуляції на зубах, що покриті ортопедичними і ортодонтичними конструкціями.
- Усунення ортодонтичних порушень у дітей і дорослих.

6. ПРОГРАМА АМБУЛАТОРНО - ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Базова програма страхування амбулаторно-поліклінічної допомоги передбачає надання Застрахованій особі різних видів амбулаторно - поліклінічної допомоги при гострому захворюванні, загостренні хронічного захворювання, травмах, опіках, отруєннях за медичними показаннями та за направленням лікуючого лікаря.

1. Поліклінічне обслуговування.

- Прийоми, консультації та надання медичної допомоги лікарем-терапевтом.
- Прийоми, консультації та надання медичної допомоги лікарями – спеціалістами: хірургом, травматологом, отоларингологом, кардіологом, неврологом, гастроентерологом, офтальмологом, гінекологом, проктологом, урологом, стоматологом, пульмонологом, інфекціоністом, ендокринологом, дерматологом, офтальмологом.
- Лабораторні дослідження, у тому числі клінічні, біохімічні, мікробіологічні, гормональні, радіоізотопні дослідження; імунологічні дослідження у обсязі визначення певної групи крові, резус-фактора, а також первинної скрінінг-діагностики онкомаркерів, сифілісу, ВІЛ та вірусних гепатитів груп В (Hbs-антиген) і С.
- Інструментальна діагностика, у тому числі ЕКГ, РВГ, РЕГ, ЕЕГ, ультразвукові та ендоскопічні діагностичні дослідження.
- Проведення КТ, МРТ, рентгенологічні дослідження.
- Анестезія, за виключенням загальної, спинальної та епідуральної анестезії.
- Хірургічні втручання.
- Фізіотерапевтичне лікування, масаж, ЛФК.
- Медикаментозне забезпечення.

2. Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги):

- Прийоми та консультації спеціалістів.
- Функціональна діагностика.
- Анестезіологічна допомога, за виключенням загальної анестезії.
- Терапевтична стоматологія, у т.ч. лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, хвороб слизової оболонки ротової порожнини та язика.
- Хірургічна стоматологія, у т.ч. лікування запальних хвороб щелепно-лицьової зони, слинних залоз, хвороб нервів щелепно-лицьової зони, доброякісних новоутворень щелепно-лицьової зони, ушкоджень щелепно-лицьової зони, видалення зубів.

3. Допомога на дому.

- Консультації лікаря-терапевта на дому.

4. Диспансерний нагляд та обстеження.

- Контрольні прийоми лікарів-спеціалістів.
- Контрольні лабораторні та інструментальні дослідження.

5. Експертиза тимчасової непрацездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

6. Супровід довіреного лікаря.

В програму амбулаторно-поліклінічної допомоги не входить:

1. Лікування хвороб та надання медичних послуг, які є виключеннями за комплексною програмою «Стандарт».
2. Надання наступних медичних послуг:

- послуг імунолога, алерголога, лікаря мануальної терапії, вертебролога, лікаря ЛФК, голкорексфлексотерапевта, фізіотерапевта;
- фізіотерапевтичне лікування, ЛФК, масаж, голкорексфлексотерапія та мануальна терапія;
- алергологічні дослідження і тести, у тому числі шкірні скарифікаційні проби та алергологічні панелі;
- імунологічне та імуносерологічні дослідження, у тому числі радіоімунологічні дослідження (крім передбачених даною програмою страхування);
- Діагностика та лікування:
 - шкіри та її придатків;
 - хвороб тканин пародонту.

Надання окремих медичних послуг та лікування окремих захворювань із вище наведеного списку виключень може бути включено у програму амбулаторно-поліклінічної допомоги на особливих умовах, погоджених зі Страховиком, при укладанні Договору страхування.

7. ПРОГРАМА «СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА».

Базова програма «Стаціонарна допомога» передбачає екстрену госпіталізацію у стаціонарне відділення Медичного закладу при невідкладних станах, а також планову госпіталізацію Застрахованої особи, яка здійснюється за направленням лікуючого лікаря поліклінічного відділення Медичного закладу у разі необхідності проведення діагностичних досліджень, лікувальних маніпуляцій та хірургічних втручань в умовах стаціонарного відділення загального профілю або спеціалізованого відділення.

Планова госпіталізація здійснюється при наявності результатів попередніх медичних обстежень, виписки з амбулаторної карти, направлення на госпіталізацію.

Стаціонарне лікування Застрахованої особи може бути організовано у формі Домашнього стаціонару або Денного стаціонару.

Денний стаціонар організовується Страховиком на підставі направлення на госпіталізацію, виданого лікарем базового Медичного закладу, у випадках, коли цілодобове перебування Застрахованої особи у Медичному закладі не є необхідним та Застрахована особа періодично у погодженому порядку самостійно відвідує Медичний заклад для отримання лікування.

Домашній стаціонар організовується Страховиком на підставі направлення на госпіталізацію, виданого лікарем базового Медичного закладу, у випадках, коли цілодобове перебування Застрахованої особи у Медичному закладі не є необхідним, та Застрахована особа отримує у себе лікування вдома із залученням медичного персоналу Медичного закладу.

Базова програма страхування стаціонарної допомоги (у тому числі денний стаціонар, домашній стаціонар) включає в себе:

1. Стаціонарне лікування:

- Прийоми та консультації лікарів всіх спеціальностей.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури, надання спеціалізованої медичної допомоги.
- Хірургічні втручання.
- Анестезіологія.
- Медикаментозне забезпечення, доставка медикаментів.
- Фізіотерапевтичне лікування.
- Забезпечення комфортних готельних послуг.
- Забезпечення харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у Медичному закладі, або забезпечення харчування, додаткового до нормативного (за погодженням із Страховиком).
- Організація індивідуального посту для Застрахованої особи, яка потребує догляду, в умовах стаціонару.

Якщо інше не встановлено Договором страхування, госпіталізація (планова) здійснюється протягом 1-3 діб з моменту отримання направлення лікаря або невідкладно (екстрена

госпіталізація) при невідкладних станах у разі гострого захворювання / загострення хронічного захворювання, при травмі, опіках, інших медичних станах Застрахованої особи.

2. Експертиза тимчасової непрацездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

3. Супровід довіреного лікаря.

8. ПРОГРАМА «ЕКСТРЕНА СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА».

Базова програма «Екстрена стаціонарна допомога» передбачає екстрену госпіталізацію Застрахованої особи у стаціонарне відділення Медичного закладу при невідкладних станах у разі необхідності проведення діагностичних досліджень, лікувальних маніпуляцій та хірургічних втручань в умовах стаціонарного відділення загального профілю або спеціалізованого відділення.

Стаціонарне лікування Застрахованої особи може бути організовано тільки в умовах стаціонарного відділення Медичного закладу.

Базова програма «Екстрена стаціонарна допомога» включає в себе:

1. Стаціонарне лікування:

- Консультації лікарів всіх спеціальностей.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури, надання спеціалізованої медичної допомоги.
- Хірургічні втручання.
- Анестезіологія.
- Медикаментозне забезпечення, доставка медикаментів.
- Забезпечення готельних послуг.
- Забезпечення харчування під час перебування в стаціонарі за нормативами, прийнятими у Медичному закладі.
- Організація індивідуального посту для Застрахованої особи, яка потребує догляду, в умовах стаціонару.

Госпіталізація Застрахованої особи у стаціонарне відділення Медичного закладу здійснюється невідкладно.

2. Експертиза тимчасової непрацездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

3. Супровід довіреного лікаря.

9. ПРОГРАМА ШВИДКОЇ (НЕВІДКЛАДНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

• Базова програма швидкої (невідкладної) медичної допомоги передбачає надання Застрахованій особі протягом строку страхування невідкладної медичної допомоги при раптовому гострому захворюванні чи стані, загостренні хронічної хвороби, що становлять загрозу її життю, бригадою швидкої (невідкладної) медичної допомоги.

1. Медичні послуги:

- Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
- Проведення діагностичних та лікувальних заходів в умовах швидкої допомоги.
- Транспортування в стаціонар.

2. Оформлення медичної документації.

10. РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧА ПРОГРАМА.

При настанні страхового випадку відповідно до умов страхування Страховик здійснює страхову виплату за надану Застрахованій особі реабілітаційно - відновне лікування після перенесених важких (гострих та загострених хронічних) захворювань в умовах поліклініки, стаціонару або в лікувально-профілактичних установах санаторно-курортного типу. Реабілітаційно - оздоровче лікування здійснюється за наявності медичних показань та за направлення лікаря.

Базова програма реабілітаційно - оздоровчого лікування включає в себе:

1. Реабілітаційно-відновну допомогу:

- Прийоми та консультації спеціалістів.

- Діагностичні маніпуляції та процедури.
- Лабораторні та інструментальні дослідження.
- Лікувальні маніпуляції та процедури.
- Медикаментозна терапія.
- Фізіотерапевтичне лікування.
- Нетрадиційні методи лікування.
- Застосування природних та преформованих фізичних факторів.
- Лікувальна фізкультура, рухові режими.
- Лікувально-профілактичний масаж.
- Водно-, грязелікування, відвідування басейну та ін..

2. Експертизу тимчасової неприцездатності (лікарняні листи), оформлення медичної документації (довідки, санаторно-курортні картки та ін.).

3. Супровід довіреного лікаря.

11. ПРОГРАМА «ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ».

Базова програма страхування «Вагітність та пологи» передбачає здійснення Страховиком страхової виплати за надання Застрахованій особі амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги при нормальному перебігу вагітності, ускладненнях вагітності, у зв'язку з передчасними пологами, під час фізіологічних та патологічних пологів та у післяпологовому періоді. Базова програма медичної допомоги під час вагітності та пологів включає в себе:

1. Амбулаторно-поліклінічну допомогу:

1.1 Поліклінічне обслуговування.

- Прийоми, консультації лікаря акушера-гінеколога.
- Прийоми, консультації та надання медичної допомоги лікарями – спеціалістами: терапевтом, хірургом, травматологом, кардіологом, неврологом, гастроентерологом, офтальмологом, стоматологом, інфекціоністом, ендокринологом, дерматологом та іншими спеціалістами.

- Лабораторні дослідження, у тому числі клінічні, біохімічні, мікробіологічні, гормональні, імунологічні дослідження у обсязі визначення групи крові, резус-фактора, а також первинної діагностики сифілісу, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів груп В (Hbs-антиген) і С.

- Інструментальна діагностика, у тому числі ЕКГ, УЗД, кардіомонітор.
- Медикаментозне забезпечення.

1.2. Диспансерний нагляд та обстеження.

- Контрольні прийоми лікаря акушера-гінеколога, лікарів інших спеціальностей.
- Контрольні лабораторні та інструментальні дослідження.

2. Швидка та невідкладна медична допомога при ускладненнях вагітності та/або пологах.

- Вийзд бригади швидкої медичної допомоги до Застрахованої особи.
- Транспортування у стаціонар / пологовий стаціонар.

3. Стаціонарна допомога (у тому числі в умовах спеціалізованого пологового стаціонару).

- Прийоми та консультації лікарів – спеціалістів.
- Діагностичні лабораторні та інструментальні дослідження.
- Надання спеціалізованої медичної допомоги при ускладненнях вагітності, пологах та у післяпологовому періоді.
- Хірургічні втручання.
- Анестезіологія.
- Медикаментозне забезпечення.
- Патронаж новонародженого до виписки з пологового будинку.
- Забезпечення комфортних готельних умов.

2. Оформлення медичної документації.

3. Супровід довіреного лікаря.

В програму медичної допомоги при вагітності та пологах не входить:

1. Лікування хвороб (гострих хвороб, загострень / ускладнень хронічних хвороб) або наслідків нещасних випадків, крім патології чи ускладнень вагітності, пологів, передбачених даною програмою.

2. Надання наступних медичних послуг:

- послуги з планування сім'ї, діагностика та лікування безпліддя (чоловічого і жіночого), імпотенції, генетичні дослідження;

- діагностика, лікування та інші маніпуляції з приводу хвороб волосся (алопеція та ін.), хвороб шкіри та її придатків, усунення косметичних дефектів, у тому числі з метою покращання психологічного стану Застрахованої особи;

- лікування методами нетрадиційної медицини, гіпнозу, психотерапії, іридіодіагностики, біокорекції і т. ін.;

- послуги психотерапевта, психолога, дієтолога, генетика, логопеда;

- послуги, що надаються з оздоровчою, профілактичною метою;

- діагностика та лікування хвороб, що передаються статевим чи переважно статевим шляхом;

- придбання біологічних добавок;

- штучного переривання вагітності (крім випадків такого переривання вагітності за медичними показаннями, коли існує загроза життю Застрахованої особи);

- повторних медичних обстежень Застрахованої особи;

- перебування у палаті підвищеного комфорту;

- покращеного харчування Застрахованої особи;

- медикаментозного забезпечення новонародженої дитини;

- лікування екстрагенітальної патології та її ускладнень.

Окремі медичні послуги із вище наведеного списку виключень, а також інші додаткові можуть бути включені у програму «Вагітність та пологи» на особливих умовах, погоджених зі Страховиком, при укладанні Договору страхування.

12. БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ СЕРІЇ «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА».

За програмами добровільного медичного страхування серії «Сімейна медицина» організація надання медичної допомоги Застрахованої особи здійснюється Страховиком через сімейних лікарів. Основний обсяг медичної допомоги Застрахованій особі надається лікарем загальної медичної практики – сімейним лікарем, а для дітей – особистим педіатром із залученням лікарів інших медичних спеціальностей, а також лікувально-діагностичних можливостей Медичних закладів, передбачених Договором страхування (відповідно до програми страхування).

Програми страхування серії «Сімейна медицина» передбачають надання Застрахованій особі протягом строку страхування медичної допомоги при будь-яких зверненнях, які визнаються страховими випадками відповідно до комплексної програми «Стандарт».

Страхування за програмами серії «Сімейна медицина» може здійснюватись за наступними страховими ризиками (видами медичної допомоги):

1. Амбулаторно-поліклінічна допомога, у тому числі:

- поліклінічне обслуговування;

- стоматологічна допомога;

- допомога на дому.

2. Швидка та невідкладна медична допомога.

3. Стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

При настанні страхового випадку конкретний перелік медичних послуг, що надаються Застрахованій особі, визначаються лікарем та Медичним закладом при наявності відповідних медичних показань, зумовлених діагнозом та станом здоров'я Застрахованої особи.

В серію програм «СІМЕЙНА МЕДИЦИНА» входять наступні програми добровільного медичного страхування:

1. Програма «МАЛЮК», яка передбачає:
 - страхування дітей віком від моменту народження до 1 року;
 - страхування дітей віком від 1 року до 3 років;
 - страхування дітей віком від 3 до 7 років.
2. Програма страхування дітей віком від 7 до 17 років «ШКОЛЯР».
3. Програма страхування «СІМ'Я» для дорослих віком від 18 до 55 років.
4. Програма страхування «ТУРБОТА ПРО БАТЬКІВ» для осіб віком понад 55 років.

12.1. Програма страхування дітей віком від моменту народження до 1 року «МАЛЮК».

За обсягами надання медичної допомоги програма передбачає 2 варіанта страхування:

1-й варіант – добровільне медичне страхування дітей, які не страждають при народженні і на момент укладання Договору страхування хворобами з переліку, наведеного у наступному підпункті;

2-й варіант - добровільне медичне страхування, які страждають при народженні і на момент укладання Договору страхування наступними хворобами:

- ураження плоду та новонародженого, зумовлені станом матері, ускладненнями вагітності та пологів, а також розлади, що пов'язані з тривалістю вагітності та ростом плоду;
- геморагічні та гематологічні розлади, ендокринні розлади та розлади обміну речовин, розлади дихальної, серцево-судинної, шлунково-кишкового тракту, а також важкі порушення центральної нервової системи у новонароджених;
- пологова травма;
- сепсис новонароджених.

Вибір варіанту страхування здійснюється на підставі даних медичної картки пологового будинку, ксерокопія якої додається до примірника Договору страхування.

Страхування по 2-ому варіанту відрізняється від страхування по 1-ому варіанту розміром страхового тарифу.

За ризиком Амбулаторно-поліклінічної допомоги Програма страхування дітей віком від моменту народження до 1 року «Малюк» передбачає наступні медичні послуги (за 1-м і 2-м варіантами страхування):

- Огляди лікаря-педіатра у декретні строки відповідно до графіку патронажу;
- Послуги патронажної медичної сестри, виконання медичних призначень педіатра на дому.
- Огляди лікаря-педіатра при захворюванні на дому та у поліклініці.
- Консультації лікарів-спеціалістів за медичними показаннями та направленню лікаря-педіатра на дому та у поліклініці, у тому числі: невропатолога, окуліста, нефролога, дерматолога, ендокринолога, алерголога, отоларинголога, хірурга та інших.
- Диспансерні огляди спеціалістів на дому або у поліклініці (за погодженням з батьками).
- Вакцинація вітчизняними та імпорними вакцинами на дому або у поліклініці (за погодженням з батьками).
- Лікувальні заходи за медичними показаннями та за призначенням педіатра на дому.
- Забір матеріалу для аналізів на дому або у поліклініці. Лабораторні дослідження в плановому порядку, за медичними показаннями та за направленням лікаря.
- Лікувальний масаж (1 курс – 10 сеансів) за наявності медичних показань та за направленням лікаря.
- Функціонально-діагностичні дослідження за направленням педіатра у Медичному закладі передбаченому Договором страхування.

Програма страхування дітей віком від моменту народження до 1 року «Малюк» може додатково включати наступні страхові ризики:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку;
- швидку медичну допомогу;
- стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

12.2. Програма страхування дітей віком від 1 року до 3-х років «МАЛЮК».

За ризиком Амбулаторно-поліклінічної допомоги Програма страхування дітей віком від 1 року до 3 років «Малюк» передбачає:

- Ознайомчий візит лікаря-педіатра до Застрахованої особи, збір анамнезу. Розробка індивідуальної медичної програми і плану спостереження.
- Огляди лікаря-педіатра в декретні строки.
- Послуги медичної сестри, виконання призначень лікаря-педіатра на дому.
- Виклик педіатра додому при захворюванні. Огляди педіатра при захворюванні в поліклініці.
- Консультації лікарів-спеціалістів за медичними показаннями та направленню лікаря-педіатра на дому та у поліклініці, у тому числі: невропатолога, окуліста, нефролога, дерматолога, ендокринолога, алерголога, отоларинголога, хірурга та інших.
- Диспансерні огляди спеціалістів на дому або у поліклініці (за погодженням з батьками).
- Вакцинація вітчизняними та імпортованими вакцинами на дому або у поліклініці (за погодженням з батьками).
- Проведення лікувальних заходів за медичними показаннями та за призначенням педіатра на дому.
- Забір матеріалу для аналізів на дому або у поліклініці. Лабораторні дослідження в плановому порядку, за медичними показаннями та за направленням лікаря.
- Лікувальний масаж (1 курс – 10 сеансів) за медичними показаннями та за направленням лікаря.
- Консультація психолога (проводиться в умовах поліклініки), психокорекційні заняття
- Консультація стоматолога (2 рази в рік, проводиться в умовах поліклініки).
- Функціональна та інструментальна діагностика за направленням лікаря та за медичними показаннями у Медичному закладі передбаченому Договором страхування.

Програма страхування дітей віком від 1 року до 3-х років «Малюк» може додатково включати наступні страхові ризики:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку;
- швидку медичну допомогу;
- стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

Діти віком від 1 року до 3-х років - інваліди дитинства на страхування не приймаються.

12.3. Програма страхування «МАЛЮК» для дітей віком від 3-х до 7-ми років.

За ризиком Амбулаторно-поліклінічної допомоги Програма страхування «Малюк» для дітей віком від 3-х до 7-ми років передбачає наступні види медичної допомоги:

- Первинний лікарський огляд педіатром / сімейним лікарем в поліклініці та розробка індивідуальної програми медичного нагляду.
- Виклик лікаря додому при захворюванні.
- Виїзд лікарів-спеціалістів (хірурга, отоларинголога, невропатолога, алерголога) додому за медичними показаннями та за направленням педіатра / сімейного лікаря.
- Огляди і консультації педіатра / сімейного лікаря в поліклініці – планові та у разі захворювання.
- Консультації лікарів-спеціалістів в поліклініці: окуліста, отоларинголога, хірурга, невропатолога, алерголога, дерматолога, гінеколога та ін.

- Проведення вакцинацій (профілактичних щеплень) вітчизняними та імпортованими вакцинами відповідно до національного календаря (графіка проведення профілактичних щеплень).
- Щорічний плановий профілактичний огляд в рамках диспансеризації.
- Проведення в поліклініці лікувальних заходів при захворюваннях за медичними показаннями та за направленням лікаря) фізіотерапія, ін'єкції тощо).
- Консультації психолога, логопеда (проводиться в умовах поліклініки).
- Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги).
- Функціонально-діагностичні дослідження за направленням педіатра у Медичному закладі передбаченому Договором страхування.

Додатково Програма «Малюк» для дітей віком від 3-х до 7-ми років може додатково включати наступні страхові ризики:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку;
- швидку медичну допомогу;
- стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

Діти віком від 3-х до 7-ми років - інваліди дитинства на страхування не приймаються.

12.4. Програма «ШКОЛЯР».

Програма «Школяр» передбачає добровільне медичне страхування дітей віком від 7 до 17 років.

Діти віком від 7 до 17 років - інваліди дитинства на страхування не приймаються.

За ризиком Амбулаторно-поліклінічної допомоги Програма «Школяр» включає в себе наступні медичні послуги:

- Первинний лікарський огляд педіатром / сімейним лікарем в поліклініці і розробка індивідуальної програми медичного спостереження.
- Виклик лікаря додому при захворюванні.
- Вїзд лікарів-спеціалістів (хірург, отоларинголог, невропатолог, алерголог) додому за медичними показаннями та за направленням педіатра / сімейного лікаря.
- Огляди і консультації педіатром / сімейним лікарем в поліклініці – планові та у разі захворювання.
- Консультації лікарів – спеціалістів в поліклініці: окуліста, отоларинголога, хірурга, невропатолога, алерголога, дерматолога, гінеколога та ін.
- Проведення вакцинації (профілактичних щеплень) вітчизняними та імпортованими вакцинами відповідно до графіку проведення профілактичних щеплень.
- Щорічний плановий профілактичний огляд в рамках диспансеризації.
- Проведення в поліклініці лікувальних заходів при захворюваннях за медичними показаннями та направленням лікаря (фізіотерапія, ін'єкції та ін.).
- Консультації психолога.
- Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги).
- Функціонально-діагностичні дослідження за направленням педіатра у Медичному закладі передбаченому Договором страхування.

Програма «Школяр» років може додатково включати наступні страхові ризики:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку;
- швидку медичну допомогу;
- стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

12.5. Програма «СІМ'Я».

За програмою «Сім'я» можуть бути застрахованими особи у віці від 18 до 55 років, які проживають за однією адресою.

Програма «Сім'я» передбачає обслуговування всіх Застрахованих осіб одним сімейним лікарем.

Інваліди I, II та III груп на страхування не приймаються.

За ризиком Амбулаторно- поліклінічної допомоги Програма «Сім'я» включає в себе наступні види медичної допомоги:

- Первинний лікарський огляд сімейним лікарем в поліклініці та розробка індивідуальної програми спостереження.
- Виклик лікаря додому при захворюванні.
- Вїзд лікарів-спеціалістів (хірург, отоларинголог, невропатолог) додому за медичними показаннями та за направленням сімейного лікаря.
- Огляди і консультації сімейним лікарем в поліклініці у разі захворювання.
- Консультації лікарів – спеціалістів в поліклініці: окуліста, отоларинголога, хірурга, невропатолога, алерголога, дерматолога, гінеколога, уролога та ін.
- Щорічний плановий профілактичний огляд в рамках диспансеризації, що включає в себе: огляд сімейного лікаря, огляд лікарями-спеціалістами (окулістом, отоларингологом, хірургом, невропатологом, гінекологом, урологом), загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, ЕКГ.
- Проведення в поліклініці лікувальних заходів при захворюваннях за медичними показаннями та направленням лікаря (фізіотерапія, ін'єкції та ін.).
- Консультації психолога.
- Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги).
- Функціонально-діагностичні дослідження за направленням педіатра у Медичному закладі передбаченому Договором страхування.

Програма «Сім'я» років може додатково включати наступні страхові ризики:

- амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку;
- швидку медичну допомогу;
- стаціонарна медична допомога (у обсязі екстреної госпіталізації).

12.6. Програма «ТУРБОТА ПРО БАТЬКІВ».

За Програмою «Турбота про батьків» на страхування приймаються особи віком понад 55 років.

Інваліди I, II та III груп на страхування не приймаються.

За ризиком Амбулаторно-поліклінічної допомоги Програма «Турбота про батьків» включає в себе наступні види медичної допомоги:

- Первинний лікарський огляд сімейним лікарем н дому та розробка індивідуальної програми спостереження. За погодженням із Застрахованою особою первинний огляд може проводитись в умовах поліклініки.
- Спостереження сімейним лікарем та періодичний контроль за станом здоров'я Застрахованої особи (й візит / прийом лікаря на протязі 2-х місяців).
- Проведення на дому за медичними показаннями та за направленням лікаря медичних маніпуляцій і процедур: реєстрація та розшифровка ЕКГ, забір аналізів.
- Лабораторні дослідження у обсязі клінічних аналізів крові та сечі, аналізу крові на цукор (не більше 5-ти по кожному виду досліджень за строк страхування),біохімічного аналізу крові (не більше 20-ти показників сумарно за строк страхування, за виключенням гормональних та імунологічних досліджень, онкомаркерів), мікробіологічні дослідження у обсязі первинної діагностики дифтерії та кишкових інфекцій. Забір матеріалу для аналізів здійснюється на дому.
- Виклик лікаря додому при захворюваннях.
- Консультації лікарів – спеціалістів на дому за направленням сімейного лікаря та за медичними показаннями (невропатолога, кардіолога, ревматолога, ендокринолога, окуліста, хірурга).
- Огляди і консультації сімейним лікарем в поліклініці у разі захворювання.
- Консультації лікарів – спеціалістів в поліклініці: окуліста, отоларинголога, хірурга, невропатолога, алерголога, дерматолога, гінеколога, уролога та ін.
- Щорічний плановий профілактичний огляд в рамках диспансеризації, що включає в себе: огляд сімейного лікаря, огляд лікарями-спеціалістами (окулістом, отоларингологом,

хірургом, невропатологом, гінекологом, урологом), загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, ЕКГ.

- Проведення в поліклініці лікувальних заходів при захворюваннях за медичними показаннями та направленню лікаря (фізіотерапія, ін'єкції та ін.).
- Стоматологічна допомога (у обсязі програми екстреної стоматологічної допомоги).
- Функціональна та інструментальна діагностика за призначенням лікаря та за медичними показаннями у Медичному закладі, передбаченому Договором страхування (УЗД, ЕЕГ, ФВД, ендоскопічне і рентгеноскопічне дослідження, добовий моніторинг).
- Проведення медичних маніпуляцій вдома середнім медичним персоналом (масаж, ін'єкції, перев'язки, постановка гірчичників, банок).

В Програму «Турбота про батьків» не входить:

- лікування хвороб та надання медичних послуг, які є виключеннями за базовою комплексною програмою страхування «Стандарт»;
- надання будь-яких медичних послуг, крім передбачених програмою «Турбота про батьків».

Програма «Турбота про батьків» може додатково включати амбулаторно-поліклінічне обслуговування на дачі влітку.

СТРАХОВІ ТАРИФИ

1. При страхуванні на умовах Базових програм добровільного медичного страхування застосовуються базові річні страхові тарифи, наведені у Таблиці №1:

Таблиця №1.

№ п/п	Базова програма добровільного медичного страхування	Страховий тариф, % страхової суми
1.	Комплексна програма «Стандарт»	5,8
2.	Програма «Екстрена медична допомога»	4,7
3.	Програма екстреної стоматологічної допомоги	5,0
4.	Програма планової стоматологічної допомоги	20,0
5.	Програма амбулаторно-поліклінічної допомоги	4,7
6.	Програма «Стационарна допомога»	4,2
7.	Програма «Екстрена стационарна допомога»	3,5
8.	Програма швидкої (невідкладної) медичної допомоги	3,7
9.	Реабілітаційно-оздоровча програма	7,0
10.	Програма «Вагітність та пологи»	20,0
Базові програми серії «Сімейна медицина»		
11.	Програма «Малюк»	
	а) страхування дітей віком від моменту народження до 1 року:	
	- 1-й варіант	20,0
	- 2-й варіант	38,0
	б) страхування дітей віком від 1 року до 3-х років	15,5
	в) страхування дітей віком від 3-х до 7-ми років	13,5
12.	Програма «ШКОЛЯР»	10,0
13.	Програма «СІМ'Я»	14,0
14.	Програма «ГУРБОТА ПРО БАТЬКІВ».	20,0

2. Знижки до страхового тарифу.

2.1. При пролонгації Договору страхування на наступний строк (рік) за підсумками попереднього року страхування при визначенні страхового тарифу застосовуються знижки, наведені у Таблицях №2 і №3.

а) Знижки до страхового тарифу залежно від кількості осіб, які одночасно приймаються на страхування:

Таблиця №2.

Кількість Застрахованих осіб	Розмір знижки, % страхового тарифу	Кількість Застрахованих осіб	Розмір знижки, % страхового тарифу
10 - 19	2	100 - 149	12
20 - 29	3	150 - 199	15
30 - 39	5	200 - 249	17
40 - 49	8	250 - 299	20

50 - 99	10	300 і більше осіб	23
---------	----	-------------------	----

б) Знижки до страхового тарифу залежно від кількості років безперервного страхування:

Таблиця №3.

Кількість років безперервного страхування	Розмір знижки, % страхового тарифу
2 роки	2
3 роки	3
4 роки	5

Вище зазначені знижки надаються за наступних умов:

- якщо кількість Застрахованих осіб не менша, ніж у попередньому році страхування;
- якщо рівень страхових виплат у попередньому році страхування складає не більше 80 відсотків.

3. При укладанні договору страхування на строк до 1 року розмір тарифу розраховується виходячи із розміру річного страхового тарифу на підставі наведеної нижче Таблиці №4 (неповний місяць розраховується як повний).

Таблиця №4

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

4. Норматив витрат, врахований при розрахунку вищенаведених тарифів, складає 35%.

5. Кінцевий розмір страхового тарифу в залежності від об'єктивних чинників, які суттєво впливають на ступінь страхового ризику (категорії медичних закладів, стану здоров'я особи, що приймається на страхування, умов праці, наявності шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем, тощо), розраховується за допомогою підвищувальних (від 1,0 до 5,0) та понижуючих (від 1,0 до 0,1) корегувальних коефіцієнтів шляхом множення корегувального коефіцієнту на базовий страховий тариф).

Актуарій

Карташов Ю.М.

Свідоцтво №03-002 від 26.11.2009року

